Lane Medical Library

Ueber die präkarzinomatösen Erkrankungen des Magens

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Nikolaus Melkumianz
aus Gerussi (Kaukasus).

Tag der Promotion: 1. Juli 1912.

Emil Ebering, Verlagshandlung, Berlin NW., Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung

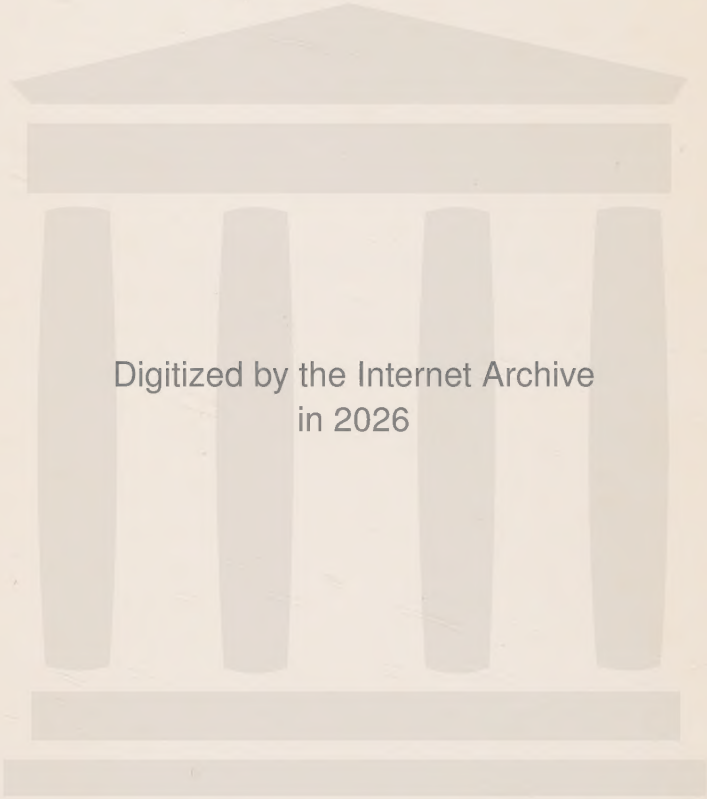
der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Bier.**

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ueberdieprakarzi0000niko

Der Ausspruch Cohnheims besteht noch heute vollständig zu Recht: „Wenn es irgend ein Kapitel unserer Wissenschaft gibt, das in tiefes Dunkel gehüllt ist, so ist es das der Aetiologie der Geschwülste."

In der Lehre der Aetiologie der Geschwülste stehen sich die beiden Ansichten Cohnheims und Virchows gegenüber. Cohnheim leitet die Entwicklung aus embryonalen Keimen her, die irgendwo durch einen kleinen Fehler bei der Bildung der Organe liegen bleiben und sich durch einen geringfügigen Anstoß zur Geschwulst ausbilden. Auf vielfache Einwendung hin war Cohnheim selbst schon von dieser Anschauung abgekommen. Sie ist aber später wieder aufgenommen worden, und zwar besonders von Ribbert mit der Modifikation, daß nicht nur embryonal versprengte Keime, sondern auch solche, die in späterer Zeit durch irgend einen Entzündungsprozeß von ihrem Muttergewebe losgetrennt wurden, bei der Krebsentstehung in Betracht kommen.

Virchow behauptet, daß die Geschwülste vorzugsweise an Orten entstehen, die häufigen Reizen ausgesetzt sind. Er gibt besonders drei Ursachen für ihre Entstehung an: 1. Das Trauma, 2. Entzündungs- und Ulzerationsprozesse, 3. Hereditäre Disposition. Zu den Geschwülsten, die auf die beiden ersten Ursachen zurückzuführen sind, gehören die Keloide nach Verletzungen der äußeren Haut, die Neurome an Amputationsstellen, die Knochengeschwülste infolge von Knochenfrakturen usw.

Auch Karzinome werden beobachtet, welche sich nach Schädigungen des Gewebes bilden. Hierher gehören die

Krebse, die z. B. an der Unterlippe entstehen bei Pfeifenrauchern an der Stelle, wo dieselben die Pfeife zu tragen pflegen. Dann sind dahin Karzinome zu rechnen, die auf dem Boden alter Entzündungen stehen, z. B. diejenigen, die sich im Anschluß an Ekzeme entwickeln, die in einem längjährig bestehenden Lupus entstehen oder in einem Magengeschwür.

Auch hereditäre Verhältnisse spielen bei der Entwicklung des Krebses eine nicht ganz zu leugnende Rolle. Das bekannteste Beispiel für die Erblichkeit der Karzinome bildet die Napoleonsche Familie.

Es ist nun ganz klar, daß es verkehrt wäre, alle Karzinome auf eine solche Reizwirkung zu beziehen, denn es entstehen Karzinome an Stellen, wo solche Reizwirkungen tatsächlich nicht stattgefunden haben, und aus diesen Umständen kann man schon mit Sicherheit schließen, daß die Aetiologie der Karzinome nicht eine einheitliche ist, sondern, daß es ätiologisch sicher sehr verschiedene Formen von Karzinomen gibt.

Als eine besondere Theorie über die Aetiologie des Karzinoms wollen wir noch die Thierschsche erwähnen. Er sagt: „daß im höheren Alter das Gleichgewicht zwischen den Zellarten zu Ungunsten des Bindegewebes aufgehoben wurde und dadurch die Epithelien die Fähigkeit bekommen, in das Bindegewebe hineinzuwuchern.“ Diese Anschauung ist dadurch widerlegt worden, daß, wenn auch zweifellos das Karzinom mehr im höheren Alter vorkommt, es doch auch im Kindesalter schon beachtet und gerade im Greisenalter wieder selten wird. In der Tat erkranken Menschen über 70 Jahre selten an Karzinom, und die Hauptentwicklungsperiode stellt das Alter zwischen 40 und 60 Jahren dar.

Endlich wäre noch die parasitäre Theorie zu erwähnen. Die Ansicht, daß die Ursachen des Krebses in Parasiten gelegen sei, findet auch heute noch sehr eifrige Vertreter,

doch sind die Untersuchungsergebnisse der letzten Jahre nicht geeignet, dieselbe zu stützen. Es fehlt nicht an Angaben über Krebsparasiten (Scheuerlen, Koubasoff, Sanfelige, Foa, Ruffer, Gaylord, Sjobring, von Leyden usw.), allein es ist der Nachweis, daß es sich dabei wirklich um Lebewesen gehandelt hat, meist nicht zu erbringen gewesen, und da, wo Lebewesen aus den Geschwülsten gezüchtet wurden, fehlte der Nachweis, daß sie zu den betreffenden Geschwülsten in ursächlicher Beziehung standen. Wenn daher über die Aetiologie auch bis jetzt nichts sicheres eruiert worden, so hat doch die experimentelle Forschung der Neuzeit eine wichtige Tatsache aufgedeckt, die Transplantationsfähigkeit der malignen Tumoren. Zwar wußte man schon aus der klinischen und anatomischen Beobachtung, daß Geschwulstzellen im Organismus des Krebskranken verschleppt werden und zu der sogenannten Metastasenbildung Veranlassung geben. Die Uebertragbarkeit maligner Tumorzellen von einem Individuum auf das andere wurde jedoch geleugnet und zwar vor allem auf Grund des stets negativen Versuches, menschliche Karzinome auf Tiere zu verpflanzen. Die experimentelle Forschung hat nun gezeigt, daß bei Tieren Tumoren (Karzinome, Sarkome usw.) mit Erfolg auf artgleiche Tiere übertragen werden können, nicht aber auf artfremde.

So hat Professor Sticker von Maus auf Maus, von Ratte auf Ratte, von Hund auf Hund, von Hund auf den verwandten Fuchs maligne Tumoren übertragen.

Um Licht in das Dunkel der ätiologischen, auch von der experimentellen Krebsforschung nicht gelösten Frage zu bringen, hat man sich wieder auf das Studium der Anfänge der Krebse, der sogenannten jugendlichen Krebse geworfen, so vor allem Ribbert.

Ribbert hat die Frage aufgeworfen, ob die Wucherungsvorgänge in allen Fällen rein entzüdlicher Natur in dem Sinne sind, daß sie sich in Hauptbezirken abspielen,

die bis dahin völlig intakt waren, oder ob nicht doch schon vorher gewisse Anomalien bestanden, die sich auf Entwicklungsstörungen zurückführen ließen und später durch eine entzündliche Proliferation umgeändert wurden. Mit der Bejahung der Frage will Ribbert keine völlig neue Vorstellung vertreten. Denn einerseits hat er karzinomähnliche Tumoren, Hypernephrome, immer auf embryonale Absprengungen bezogen, andererseits ähnliche Gesichtspunkte auch für manche eigentliche Karzinome geltend gemacht, so für den branchiogenen Krebs, den Plattenepithelkrebs der Lunge, die Karzinome der Ovarien usw. Auch die Beziehungen der Karzinome der Magen- und Darmschleimhaut zu den Polypen gehört hierher. Es gibt ja Karzinome, die langjährige zottige Vorstadien haben, die sich aus verhornten Warzen z. B. auf dem Handrücken (Ribbert Geschwulstlehre) bilden. Diese warzigen Gebiete entstehen stets langsam, ohne nachweisbare Aetiologie, also gerade so, wie man sie erwarten mußte, wenn man sie aus kongenitalen, aber zunächst nicht nachweisbaren Anlagen hervorgehen läßt.

Richard Volkmann (Volkm. Samml. Nr. 334) hat über solche Fälle berichtet. Es gibt aber auch, und das ist eine Stütze für die Ribbertsche Anschauung, Karzinome, die sich aus kongenitalen Warzen, oder Muttermälern entwickeln. R. Volkmann hat 11 derartige Fälle an den Extremitäten beobachtet.

Ribbert in seiner Arbeit (Beiträge zur Entwicklung der Geschwülste) sagt: „daß die Vorstadien der Karzinome wahrscheinlich sehr gewöhnlich auf Grund entwicklungsgeschichtlicher Anomalien zustande kommen. An der Haut freilich müssen wir annehmen, daß auch durch entzündliche Prozesse an den bis dahin normalen Stellen ähnliche Vorstadien erzeugt werden können. In beiden Fällen handelt es sich um nicht ausreichend eingefügte Bezirke, in denen

sowohl dem Epithel, wie dem zu ihm gehörenden Bindegewebe eine relative Selbständigkeit zukommt."

Bemerkenswert ist, was Ribbert neuerdings (1907) über die Vorstadien der Schleimhautkarzinome sagt. Nach Ribbert spielen bei den Schleimhautkarzinomen die Vorstadien eine besonders hervortretende Rolle. In den von ihm beschriebenen Fällen, in denen es sich wirklich um beginnende Krebse handelt, setzt die Tumorbildung an jenen Schleimhautpolypen ein, die durch die Gegenwart nicht differenzierten Epithels ausgezeichnet sind. Das kann nicht Zufall sein. Die Fälle sind freilich nicht zahlreich genug, um zu behaupten, daß die Krebsgenese vorwiegend oder immer an polypöse Erhebungen gebunden sei. Das ist vielmehr unwahrscheinlich, ja bestimmt abzulehnen. Aber Ribbertsche Beobachtungen geben immerhin einen Hinweis darauf, daß entwicklungsgeschichtliche Störungen die Entstehung des Karzinoms begünstigen. Es braucht sich ja durchaus nicht immer um Polypen zu handeln. Man kann auch an umschriebene Anomalien ohne stärkere Wucherung denken, wie ein Ausbleiben der Differenzierung in den kleinsten makroskopisch nicht erkennbaren Schleimhautabschnitten in einzelnen Drüsen usw.

Auch hat man sein Augenmerk auf die dem Krebs vorhergegangenen, die sogenannten präkarzinomatösen Krankheiten geworfen. So hat vor allem v. Bergmann die Krankheiten erwähnt, die außerordentlich häufig dem Karzinom vorangehen. Es ist sehr auffallend, wie oft auf großen Narben, die nach Brandwunden entstanden sind, das Karzinom sich einstellt. v. Bergmann hat schon im Jahre 1873 einen solchen sehr eklatanten Fall beschrieben. Vier Jahre alt, war die Person verbrannt worden, und zwar von offener Flamme; sie war in einen Ofen gefallen. Es waren kolossale Narben entstanden, welche die Haut der Achselhöhle bis an den Kamm der Hüfte hinabzogen und dadurch eine Skoliose gemacht hatten. Als die Frau

40 Jahre alt war, fand v. Bergmann das größte Karzinom, das er je gesehen hat; es reichte von den Processus spinosi bis auf den Vorderbauch und weit am Thorax hinauf. Dieser Fall läßt auch sehr klar eine Besonderheit hervortreten, welche bei den Narben-Karzinomen die Regel bildet, nämlich daß die Krebse erst lange Zeit nach der Entstehung der Narbe — hier waren einige Jahrzehnte vergangen — sich entwickeln und daß dieses erst gegen das fünfte Lebensjahrzehnt zu geschehen pflegt.

v. Bergmann hat außer diesem mehrere Fälle beobachtet, in welchen das Karzinom aus Verbrennungsnarben entstanden.

Aufmerksam aber auf Krankheiten, die dem Karzinom vorangehen, ist man zuerst im Jahre 1874 geworden, als Paget die Veränderungen in der Warze der weiblichen Mamma beschrieb, die so oft das Karzinom der Mammae einleitet. Ein Jahr später machte dann Volkmann aufmerksam auf die Entwicklung von Karzinomen aus der Acne bei Paraffinarbeitern. Dieses Karzinom der Paraffinarbeiter, der Ruß- und Teerkrebs, wie ihn Volkmann genannt hat, hat aber schon seinen Vorgänger in dem sog. Schornsteinfegerkrebs, der zuerst schon von Pott am Ende des 18. Jahrhunderts beschrieben worden ist. Aber man hatte hier nicht gedacht, die vorangegangene Krankheit in Beziehung zu dem nachfolgenden Karzinom zu bringen.

1905 hat v. Bergmann mehrere Fälle beschrieben, in welchen das Karzinom aus einer Psoriasis linguae entstanden war. Weiterhin zeigte v. Bergmann das Verhältnis gewisser Muttermäler zur Entwicklung des Karzinoms. Es sind die Veränderungen in der Haut, welche dem Karzinom vorangehen, schon deswegen von großer Bedeutung, weil sicherlich kein einziges Karzinom der Extremitäten vorkommt, bei dem nicht diese oder andere Veränderungen der tückischen Krankheit früher vorhanden gewesen wären.

Außer den Narben, außer den in teilweiser Vernarbung

begriffenen Geschwüren, den Ekzemen, kommen nur noch wenige Fälle vor, bei denen die Genesis zweifelhaft sein konnte, sodaß man geneigt ist, anzunehmen, sie wären aus heiler Haut herausgewachsen. v. Bergmann sagt: „Primäre Karzinome der Extremitäten ohne vorausgegangene Störungen der Haut, Narben, Fistelgänge, Geschwürbildungen, Ekzeme, Seborrhöen, Warzen und Mäler gibt es nicht."

Die zweite Kategorie von Störungen, aus denen Karzinome der Extremitäten werden, sind die Mäler, die Pigmentmäler. Diese Pigmentnaevi geben aber viel häufiger zur Entwicklung eines Pigmentkarzinoms Veranlassung.

Neuerdings (1910) hat Orth einen Vortrag gehalten (Präkarzinomatöse Krankheiten und künstliche Krebse), in welchem er die chronische Reizwirkung besonders verantwortlich macht für die Entstehung des Karzinoms. Er weist auf die Beziehungen hin zwischen Zungen- bezw. Wangenschleimhautkrebsen und kariösen, besonders abgebrochenen und dadurch spitzigen und zackigen Zähnen. Weiter führt er Fälle vor, bei denen im Anschluß an Steinbildung Krebsbildung entstand. Es liegen solche Beobachtungen für Nieren und Blasensteine vor, fast alltäglich ist der Befund von Gallensteinen und Krebs in der Gallenblase. Ganz besonders bejaht Professor Orth die Frage, daß aus gutartigen Neubildungen Krebse hervorgehen können. So sieht man häufig einfache papiläre entzündliche Wucherungen der Haut oder Schleimhaut in krebsige übergehen, vor allem im Magen- und Darmkanal.

Beim Magen sind es Polypen, welche man so häufig neben Krebsen findet, und deren krebsige, selbst multipel auftretende Umwandlung an geeigneten Fällen festgestellt werden kann. Solche Fälle konnte Professor Orth demonstrieren. Am Schluß seines Vortrages sagt Professor Orth: „Darüber kann kein Zweifel sein, daß Entwicklungsstörungen verschiedener Art die Grundlage für Geschwulst- und auch

für Krebsbildung abgeben können, ich erinnere nur an die vielfach behauptete Beziehung der angeborenen Phimose zu Peniskrebs, an die Geschwulstbildung an retinierten Hoden, an die Wilms'schen Mischgeschwülste, die Teratome usw. usw., aber auch für andere Krebsformen ist die präkarzinomatöse Entwicklungsstörung als Conditio sine qua non gefordert worden."

Ich habe mir die Aufgabe gestellt, speziell die dem Magenkrebs vorhergehenden Krankheiten einer Besprechung zu unterziehen, und zwar an Hand der vorhandenen Literatur und der an der hiesigen chirurgischen Klinik vorhandenen Krankheitsgeschichte der letzten 2 Jahre (1909, 1910).

Schon Waldeyer in seiner klassischen Arbeit über den Krebs spricht von besonderen Zuständen, die dem Magenkrebs vorhergehen. Er unterscheidet allgemein eine „einleitende" von einer „begleitenden" Bindegewebswucherung. Die erstere besteht in einer einfachen interstitiellen Induration, welche vielleicht jahrelang der Karzinomentwicklung vorausgeht.

Seit langem ist die Bedeutung des Geschwürprozesses im Magen für die Entwicklung des Krebses bekannt. So wurde von Dittrich mehrmals ein kombiniertes Vorkommen von Magengeschwür oder Magennarben mit Karzinom des Magens beobachtet. Lebert beschreibt in seinem Handbuche „Ueber die Krankheiten des Magens" 8 solcher Fälle von Magenkarzinom, in welchem schon jahrelang vor dem Tode die untrüglichen Zeichen eines vorhandenen Magengeschwürs bestanden haben.

Auch Hauser (1883) beschreibt in seinem Buch „Chron. Magengeschwür, sein Vernarbungsprozeß und dessen Beziehungen zur Entwicklung des Magenkarzinoms" einen Fall von Karzinom auf narbigem Grunde. Er sagt: „Ich war so glücklich, einen derartigen Fall, welcher von sekundärer Krebsentwicklung begleitet war, am Ende des Jahres 1881 selbst zu sezieren und da ich den Magen ganz

kurz nach dem Tode aus der Leiche entnommen hatte, war es mir möglich, an dem prachtvoll konservierten Präparat genaue histologische Untersuchungen vorzunehmen, welche allein eine Aufklärung in dieser Frage gewähren können. Durch eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung gelang es mir, die von Professor Zenker ausgesprochene Ansicht, daß hier chronisches Magengeschwür das primäre Leiden gebildet habe, glänzend zu rechtfertigen."

Seit dem Jahre 1883 sind dann noch folgende Fälle mitgeteilt worden: Hanot beobachtete einen Fall bei einer Frau von 42 Jahren, bei der sich ein Krebs von den Rändern eines Geschwürs entwickelt hatte, das in Regio pylorica etabliert war. (Hanot, Arch. gén. de Méd. 1884.)

Thiersch hat auch ein Geschwür von massiger Größe mit Krebs im Geschwürsgrunde beschrieben. (Münch. med. W. 1886 Nr. 13).

Rosenheim teilt 3 Fälle mit und Häberlein 14 Fälle, in denen sich Krebs von Magengeschwüren entwickelt haben soll. Es sind noch viele ähnliche Fälle von anderen Autoren beschrieben worden, auf welche wir nicht eingehen wollen, wie z. B.: von Krukenberg, von Koch, Gravenhorst, Mailefert, Hickmann, Fütterer und vielen anderen. Nur einen jüngst mitgeteilten Fall von Orth führe ich noch an. In seinem oben erwähnten Vortrage sagt Professor Orth: „Auch in inneren Organen gibt es Narbenkarzinome, insbesondere an demjenigen, welches vor allen anderen der Sitz von Krebsbildungen ist, nämlich am Magen. Es gehen freilich die Anschauungen der Forscher über die Bedeutung von Magennarben für Krebsbildung weit auseinander und ebenso auch die statistischen Angaben (von 6 bis 22 %), indessen kommt gerade hier in Betracht, daß wir die Krebse meist in einem Stadium zu sehen bekommen, in dem man nicht erwarten darf, noch erkennen zu können, welche örtliche Veränderungen noch zu finden, und da muß ich denn noch sagen, daß uns

Jahr für Jahr solche Fälle hier begegnen. Den jüngst gefundenen Magen zeige ich vor, an dem man sehr deutlich eine alte strahlige Narbe und unmittelbar an ihrem Rande einen haselnußgroßen Krebsknoten sieht. Es dürfen freilich solche Befunde nicht verallgemeinert werden; dagegen spricht schon die Tatsache, daß Magenkrebse bei Männern häufiger sind als bei Weibern, während es sich mit den Magengeschwüren und ihren Narben umgekehrt verhält."

Kelling in seiner Arbeit „Ueber kallöse Magengeschwüre (Münch. med. W. Nr. 38, 1910)" vertritt die Meinungen von Rydygier, Payr, Kuttner u. a. und sagt, daß die kallösen Magengeschwüre außerordentlich leicht karzinomatös werden. Er hat in 51 Fällen von kallösem Magengeschwür 16 karzinomatös gefunden, d. h. in $^1/_3$ aller Fälle. Bei den Fällen Eiselberg haben sich herausgestellt $^1/_3$, bei Payr 26 %, bei Kuttner etwas über 40 % und in den Fällen von Benner die Hälfte. Kelling macht einen strengen Unterschied zwischen kallösem Ulkus und gewöhnlichem Ulkus. Die Hauptgefahr des kallösen Ulkus liegt in der karzinomatösen Degeneration. Auch hier besteht ein auffälliger Unterschied gegenüber dem gewöhnlichen Ulkus. Was aus den Fällen gewöhnlicher Ulzera bei interner Behandlung wird, hat Warren zusammengestellt, indem er sich über den Verlauf von 125 Fällen orientiert hat. Es kommen zirka 3 % Todesfälle auf Blutungen und zirka 5 % Todesfälle auf Perforation. Nach einer Statistik von Kelling sind nun an diesen Todesfällen die kallösen Ulzera nicht zur Hälfte beteiligt. Demnach ist die Gefahr, daß der Träger eines kallösen Ulkus an Karzinom stirbt, mehr als 5 mal so groß, als daß er an Blutungen oder an Perforation zugrunde geht. Hingegen ist die Gefahr, daß aus einem gewöhnlichen Ulkus ein Karzinom wird, viel geringer.

Die Prädisposition des kallösen Ulkus für Karzinom ist nicht wunderbar. Erstens, wie wir schon mehrmals

erwähnt haben, disponieren chronische Geschwüre und chronische Reize überall zu Karzinom, zweitens disponiert der Magen vor allen Organen am meisten zur karzinomatösen Erkrankung. Nach Kelling sind aber die aus dem Ulcus callosum hervorgehenden Karzinome günstiger in Bezug auf Dauerheilung als die gewöhnlichen. Er sagt, daß von seinen 8 Fällen 4 geheilt geblieben sind. Kuttner hatte sogar 57 % Heilungen für Ulkuskarzinome.

Als eine zweite präkarzinomatöse Erkrankung des Magens werden die Drüsenpolypen genannt, jene aus Wucherungen normaler Drüsen hervorgegangenen rundlichen, länglichen oder sonstwie geformten, mit breiter Basis oder durch einen Stiel mit dem Mutterboden zusammenhängenden Geschwülste. Es sind zweierlei Polypenbildung an der Magenschleimhaut zu unterscheiden: gutartige und bösartige. Diese letzten sind deshalb bemerkenswert, weil sie häufig, wenigstens schon bei jugendlichen Individuen vorkommen, erhebliche Störungen der Magenfunktion veranlassen und vielfach mit Karzinomen und Adenomen des Magens kombiniert sind. Eine zusammenfassende Arbeit, in der auch die vorher in der Literatur veröffentlichten Fälle gebührende Berücksichtigung finden, ist die Arbeit von Brissaud.

Brissaud teilt einen selbst untersuchten Fall obiger Affektion mit und schließt an denselben eine Reihe entsprechender Beobachtungen anderer Autoren an. Das Gemeinsame aller dieser Fälle war folgendes: Es handelte sich stets um ältere Leute, die an einer anderen Ursache gestorben waren, niemals Erscheinungen eines Magenleidens gehabt hatten und bei denen die multiplen Adenome einen zufälligen Sektionsbefund bildeten. Diese multiplen Adenome bedeckten in verschiedener Anzahl die Innenfläche des Magens, standen oft in kleinen Gruppen bei einander und zeigten sich stets am reichlichsten längs der großen Kurvatur, also an einer Stelle, die normalerweise

durch ihren großen Gehalt an Pepsindrüsen ausgezeichnet ist. Ihre Form ist eine rundliche, ihre Größe wird in allen Fällen als die einer kleinen Haselnuß oder großen Erbse angegeben, niemals sind wesentliche Größenunterschiede der kleinen Tumoren untereinander erwähnt.

1898 hat Skliffosowsky zwei Fälle von Polypenbildung veröffentlicht. Der eine der beiden wurde bereits von Israel beschrieben. Nach dessen Darstellung haben wir also in diesem Magen zwei Tumoren, die nicht nebeneinander sitzen, die makroskopisch von ähnlichem Bau sind, und deren Entstehung die bestehende chronische proliferierende Gastritis nach Israels Ansicht vorausgegangen ist.

Eine Erklärung für die Umwandlung der Adenome in Karzinome sucht Häberlein (Verbreit. und Aetiologie d. Mag. Krebses Deutsch. Arch. f. kl. Med. 44, 1889) zu geben. Er macht den Einfluß der Zirkulation für die Karzinomentwicklung geltend. Er sagt: „Das Alter prädisponiert in unbestrittener Weise die Krebsentwicklung, und doch muß man annehmen, daß in der Jugend die gleichen Schädlichkeiten auf die Magenschleimhaut einwirken. Wenn dann im Alter das Bindegewebe zur Atrophie neigt, so bekommt das Epithel die Oberhand, füllt die Lücken aus. Ist die Resistenzfähigkeit der ersteren durch Gefäßalteration noch mehr vermindert, so wäre es möglich, daß dann die epithelische Neubildung schrankenlos fortschreitet.“ Dafür, daß in Karzinomen erkrankte Gefäße vorkommen, führt er Beweise an.

Einen Zusammenhang zwischen der Polypenbildung und Karzinomentwicklung hat auch Hauser beobachtet.

Ebenso beschreibt Ribbert die Entwicklung eines Karzinoms in einem vorhergehenden Magenpolypen. Es fand sich ein beginnendes Karzinom des Magens bei einer älteren Frau, welches 2 cm vom Pylorus entfernt war und aus einer unregelmäßig begrenzten, etwa 13 zu 12 mm im Durchmesser haltenden und etwa 2 mm prominierenden

Stelle mit leicht unebener, etwas zottiger Fläche hervorging. Ferner sagt Ribbert: „Bei den von mir beschriebenen beginnenden Krebsen der Schleimhaut handelte es sich stets um vorher bereits bestandene Polypen, Adenome. Diese sind aber keine gewöhnlichen, sondern, fährt Ribbert fort, es handelt sich immer um solche, die nicht mit einem normalen oder ihm wenigstens nahestehenden funktionell differenzierten, sondern mit solchen Drüsen versehen waren, deren Epithel keine typische Ausbildung erfahren, sondern einen embryonalen Charakter beibehalten hatte.“ Und weiter: „Aber in diesen Adenomen ist nicht nur das Epithel eigenartig gebaut, sondern auch das Bindegewebe, die Muscularis mucosae, die Gefäße. Dieses gesamte Interstitium ist voluminöser, zellreicher, dichter als sonst. Die Polypen und Adenome gehen aber unzweifelhaft aus embryonalen oder postembryonalen Störungen der Schleimhautentwicklung hervor. Ihr Wachstum ist langsam, es erstreckt sich meist über Jahre und Jahrzehnte. Aber sie erzeugen allmählich vielgestaltige Drüsenformationen, die meist umfangreicher sind, als daß sie auf dem ihnen zukommenden Boden sich wie normale Drüsen anordnen können.“

Was nun die in den letzten beiden Jahren (1909, 1910) an der hiesigen chirurgischen Universitätsklinik beobachteten Fälle von Magenkrebs betrifft, so habe ich 50 Krankengeschichten studiert und zwar mit Bezug auf ihren Sitz, Alter und Geschlecht, Heredität, Frühsymptome, Tumor- und Ulkus-Anamnese.

Was zunächst den Sitz des Karzinoms in diesen 50 Fällen betrifft, so ist derselbe ersichtlich aus folgender Tabelle:

Krankheits-symptome	Monate 1—6	Monate 6—12	Jahre 1—2	Jahre 2—5	Jahre 5—10	Jahre 10 und mehr	Summa
Pylorus-Fälle	2, 3, 11	16, 30	5, 6, 9	8, 14,	39, 43,	1, 41	
Karzinom	18, 25,	25, 38	13, 15	17, 31	50, 44		33
	27, 45	42, 48	26, 28, 49	40, 47			
Kl. Kurv. „	34, 46	7	37			36	5
Gr. Kurv. „	12, 33			20			3
Kardia-Fälle				4	23		2
Hint. Wand-Fälle	10						1
Karzinom Schrumpfm.- „	24			21			2
Sitz nicht angegeb. Fälle		22, 29	19, 32				4
Summa	13	9	11	9	5	3	50

Wir haben also unter diesen 50 Fällen:

23 Fälle von Pyloruskarzinom
5 Fälle von Karz. der kleinen Kurv.
3 Fälle von Karz. der großen Kurv.
2 Fälle von Kardiakarzinom
2 Fälle von karzinomatösem Schrumpfmagen
1 Fall von Karzinom der hinteren Wand

Alter und Geschlecht ist aus folgender Tabelle zu ersehen:

	Alter 30—40 J.		Alter 40—50 J.		Alter 50—60 J.		Alter 60—70 J.		Alter 70—80 J.		Summa der Fälle	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
	31	30	6	3	4	1	7	22	5	43	30	20
		47	10	13	11	2	12	24				
			15	14	16	9	33	42				
			17	32	19	18	35					
			21	44	27	20	38					
			23	8	34	25	46					
			26		36	28	49					
			29		37	45						
			39		41							
			40		48							
					50							
Summa	1	2	10	6	11	8	7	3	1	1	30	20
Gesamt-Summa	3		16		19		10		2		50	

Was die Heredität betrifft, so wird diese in folgenden Fällen angegeben: Fälle Nr. 1, 4, 14, 15, 16, 24, 28, 34, 43, 44 und 48.

Frühsymptome: Aus nachstehender Tabelle ergibt sich, daß in 13 Fällen die Beschwerden bestanden haben seit 6 Monaten, in 9 Fällen seit 1 Jahre, in 11 Fällen seit 2 Jahren, in 9 Fällen seit 5 Jahren, in 5 Fällen seit 10 Jahren, in 3 Fällen mehr als 10 Jahre.

	Seit 1—6 Monaten	Seit 6—12 Monaten	Seit 1—2 Jahren	Seit 2—5 Jahren	Seit 5—10 Jahren	Seit 10 Jahren und mehr
in Fällen Nr. Nr.	2, 3, 10 11, 12 18, 24 25, 27 33, 34 45, 46	7, 16, 22, 29 30, 35 38, 42 48	5, 6, 9, 13, 15 19, 26 28, 32 37, 49	4, 8, 14, 17, 20 21, 31 40, 47	23, 29 43, 44 50	1, 36 41
Summa	13	9	11	9	5	3=50Fälle

Was die Art der Beschwerden betrifft, so gehen diese aus folgenden kurzen Auszügen hervor:

Fall 1: Carc. ventriculi (pylori). Seit 25 Jahren an nervösen Magenbeschwerden.

Fall 2: Carc. pylori. Seit 2 Monaten Kollern und Erbrechen.

Fall 3. Carc. pylori. Seit 3 Monaten starke Schmerzen.

Fall 4: Carc. ventriculi (Cardia). Seit 2 Jahren Ulkus, Blutbrechen, Blutstuhl.

Fall 5: Carc. ventriculi (pylori). Seit 1 Jahr Geschwulst in der Magengegend.

Fall 6: Carc. pylori. Seit 1 Jahr Geschwulst im Leibe, Druck und Völlegefühl im Leibe.

Fall 7: Carc. curv. min. Seit 9 Monaten Magenbeschwerden.

Fall 8: Carc. ventriculi (pylori). Vor einigen Jahren Darmkatarrh, seit 4 Monaten Tumor, Blutung und Erbrechen.

Fall 9: Carc. pylori. Vor 14 Monaten kurzdauernde Magenkrämpfe, seit 2 Monaten Erbrechen, Blut.

Fall 10: Carc. ventriculi (hintere Wand). Seit 2 Monaten Magenschmerzen, Aufstoßen.

Fall 11. Carc. ventriculi (pylori). Seit 4 Monaten Magenschmerzen. Nach dem Essen Erbrechen.

Fall 12: Carc. ventriculi (Groß. Curv.). Seit 6 Wochen Aufstoßen und Brechreiz, Schmerzhaftigkeit in der Magengegend, Aufstoßen.

Fall 13: Carc. pylori. Seit 1 Jahre Erbrechen und Aufstoßen.

Fall 14: Carc. pylori. Seit mehreren Jahren Magendrücken. Seit 5 Monaten Geschwulst am Magen, Erbrechen.

Fall 15: Carc. pylori. Seit über 1 Jahre Magenbeschwerden.

Fall 16: Carc. pylori. Seit 8 Monaten Magenschmerzen und Druck. Als junger Mensch darmkrank gewesen.

Fall 17: Carc. pylori. Seit 2 Jahren Magenbeschwerden, Erbrechen, Blut.

Fall 18: Carc. pylori. Seit 3 Monaten Erbrechen, Aufstoßen.

Fall 19: Carc. ventriculi. Seit 1 Jahre Stechen in der Magengegend.

Fall 20: Carc. ventriculi (Metastase) Groß Curv. Seit 2 Jahren Durchfall, seit 3 Monaten Appetitlosigkeit, Uebelsein, Erbrechen.

Fall 21: Carc. ventriculi (Karzinomatöser Schrumpfmagen). Seit 3—4 Jahren Völlegefühl im Leibe und Aufstoßen, später heftige Schmerzanfälle.

Fall 22: Carc. ventriculi. Seit 10 Monaten Erbrechen, seit 5 Monaten Schmerzen und Tumor.

Fall 23: Carc. ventriculi. Seit 9 Jahren Magenbeschwerden, öfter Aufstoßen nach dem Essen und Schmerzen.

Fall 24: Karzinomatöser Schrumpfmagen. Seit 4 Monaten Erbrechen.

Fall 25: Carc. pylori. Seit 5 Monaten Mattigkeit und Uebelsein, seit 1 Monat Magenschmerzen.

Fall 26: Carc. pylori. Seit 18—19 Monaten Druck in der Magengegend. Seit 7 Monaten jeden Tag Erbrechen.

Fall 27: Carc. ventriculi (pylori). Seit 2 Monaten Appetitlosigkeit und Aufstoßen.

Fall 28: Carc. ventriculi (pylori). Seit 1 Jahre Drücken in der Magengegend. Seit 3 Monaten Erbrechen.

Fall 29: Carc. ventriculi. Seit 10 Monaten Appetitlosigkeit, Schmerzen, Erbrechen und Abmagerung.

Fall 30: Carc. pylori. Seit 11 Monaten Schmerzen im Leibe, Behandlung an Magengeschwür, wonach wieder Erbrechen und Schmerzen auftraten.

Fall 31: Carc. ventriculi (pylori). Seit 4 Jahren Magen- und Darmstörungen, Leibschmerz, Durchfall, Erbrechen.

Fall 32: Carc. ventriculi. Seit 14 Monaten schon unange-

nehmes Gefühl im Leibe. Seit 8 Monaten Schmerzen und Tumor, Blut im Stuhl.

Fall 33: Carc. ventriculi (groß. Curv.). Seit 4 Monaten Druckgefühl, Appetitlosigkeit, auf Magenleiden behandelt.

Fall 34: Carc. ventriculi. Seit 4 Monaten Magenkrämpfe, Appetitlosigkeit.

Fall 35: Carc. ventriculi (pylori). Seit 3 Monaten Druck in der Magengegend.

Fall 36: Carc. ventriculi (Curv. min.). Vor zirka 20 Jahren Magenbeschwerden, seit 2 Monaten Verschlimmerung derselben.

Fall 37: Carc. ventriculi. Seit 1 Jahr Aufstoßen, Druckgefühl in der Magengegend.

Fall 38: Carc. pylori. Seit 11 Monaten Druckgefühl in der Magengegend. Seit 3 Monaten Erbrechen.

Fall 39: Carc. ventriculi (pylori). Seit 5 Jahren Krämpfe im Leib, seit 9—10 Jahren Magenbeschwerden, Schmerzen, Aufstoßen nach dem Essen.

Fall 40: Carc. pylori. Seit 3 Jahren magenleidend. Erbrechen täglich.

Fall 41: Carc. pylori. Seit 10 Jahren öfters Erbrechen, während des Essens seit 2 Jahren weniger Appetit.

Fall 42: Carc. ventriculi (pylori). Seit 6 Monaten Magenschmerzen und Erbrechen.

Fall 43: Carc. pylori. Seit 6 Jahren Leibschmerzen, Erbrechen, seit 1 Jahre Tumor.

Fall 44: Carc. ventriculi. Immer schwachen Magen, vor 6 Jahren 2 mal Blutung nach dem Stuhlgang, seit 7 Monaten wieder Magenbeschwerden und Tumor.

Fall 45: Carc. ventriculi. Seit 3—4 Monaten Uebelkeit und Völlesein im Magen, Erbrechen, Appetitlosigkeit.

Fall 46: Carc. ventriculi. Vor 14 Wochen Druck im Magen, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Aufstoßen.

Fall 47. Carc. ventriculi. Seit 2 Jahren magenleidend, Erbrechen.

Fall 48: Carc. ventriculi. Seit 9 Monaten Abmagerung, zugleich Schmerzen in der Magengegend.

Fall 49: Carc. ventriculi. Vor 6 Jahren öfters Durchfall, vor 1 Jahre Brennen in der Speiseröhre, Erbrechen und Aufstoßen.

Fall 50: Carc. pylori. Vor 5 Jahren Blutbrechen aus dem Magen in 2 Tagen 2 mal. Vor 3 Wochen neue Beschwerden, Magenkrämpfe.

Das Vorhandensein eines Tumors wurde in 42 Fällen wahrgenommen.

Das Vorhandensein eines vorhergehenden Ulkus ist mit Wahrscheinlichkeit in folgenden 17 Fällen anzunehmen:

Nr. 1, 4, 8, 14, 17, 20, 21, 23, 31, 36, 39, 40, 41, 43, 44, 47, 50.

Es ist begreiflich, daß wir über die der Krebsbildung vorausgehenden Veränderungen am besten da orientiert sind, wo man pathologische Veränderungen am leichtesten sehen und beobachten kann, also an der äußeren Haut und den sie angrenzenden Schleimhäuten, insbesondere denjenigen der Mundhöhle, während von den Krebsen innerer Organe viel weniger sichere und zahlreiche Beobachtungen von präkarzinomatösen Veränderungen vorliegen, weil da erst der fertige Krebs zu unserer Kenntnis gelangt — oder auch das nicht einmal — zu einer Zeit also, wo es meist nicht mehr möglich ist, dem Krebs vorausgegangene Veränderungen noch festzustellen.

Aus den oben erwähnten Gründen war es mir auch unmöglich, in meinen 50 Fällen das ätiologische Moment der Entwicklung des Magenkarzinoms aus präkarzinomatösen Erkrankungen derselben mit Sicherheit festzustellen. Infolgedessen war ich angewiesen, nur die anamnestischen Angaben der Patienten in Betracht zu ziehen.

In meinen 50 Krankengeschichten war also mit Wahr-

scheinlichkeit eine präkarzinomatöse Erkrankung nur in 17 Fällen, d. h. etwa in 33 % aller Fälle nachweisbar, in den übrigen Fällen aber waren keine Anhaltspunkte für die Annahme einer vorhergegangenen Erkrankung des Magens festzustellen.

Kasuistik.

Fall 1: Fr. S., Goldarbeitersfrau, 52 Jahre alt, aufgenommen 6. I. 09.

Diagnose: Carcinoma ventriculi (pylori).

Anamnese: Mutter gestorben an Leberkrebs. Patientin leidet seit 25 Jahren zeitweise an nervösen Magenbeschwerden. Dieselben äußerten sich in kolikartigen Schmerzen und vergingen, wenn Pat. tüchtig aß. Im Juni 08 bekam sie Druckgefühl im Leibe. Pat. massierte sich darauf und fühlte einen Tumor von Größe und Form einer Birne, der außerordentlich verschieblich war. Appetitlosigkeit. Nie Erbrechen. Die Pat. hat 30 Pfund abgenommen. Seit September saures Aufstoßen und Sodbrennen, gegen Abend manchmal Uebelkeit.

Status: Pat. ist in mäßig gutem Ernährungszustande. Abdomen etwas gewölbt. In der Nabelgegend sieht man einen kugelig sich wölbenden Tumor. Derselbe ist überfaustgroß, höckerig und verschieblich. Bei Aufblähung wird der Tumor sehr viel deutlicher, zeigt eine deutliche Einkerbung in der Nabellinie und rückt nahe unter der Bauchdecke zu. Frei HCl +, Milchs. —, G. Ac. 45.

Operationsbefund: Nach Eröffnung des Abdomens sieht man den Pylorus in einem großen mit der Umgebung verwachsenen Tumor gebettet.

Fall 2: Frau Schn., Landwirtsfrau, 58 J. alt, aufgen. 7. I. 09.

Diagnose: Carcinoma ventriculi (pylori).

Anamnese: Mit 14 Jahren Typhus. Sonst stets gesund. Mitte November 1908 erkrankt Pat. öfters. Mehrere Stunden

nach dem Essen Kollern im Leibe. Schmerzen waren nicht vorhanden. Der zugezogene Arzt konstatierte ein Gewächs im Leibe und riet zur Operation, zu der sich Pat. nicht entschließen konnte. Seit November bricht Pat. alle Uebertage. Erst die letzten Male soll das Erbrochene von braunschwarzer Farbe gewesen sein. Pat. kann jetzt nur Flüssiges essen. Stuhl angehalten. Farbe schwarz. Pat. hat seit Sommer 18 Pfund abgenommen.

Status: Stark abgemagerte, etwas kachektisch aussehende Frau. Abdomen gewölbt. Man fühlt durch die dünnen Bauchdecken hindurch sehr deutlich in der Pylorusgegend einen höckerigen Tumor von derber Konsistenz, derselbe überschreitet die Mittellinie nach rechts und ein wenig nach links, reicht er 4 Finger breit von derselben. Freie HCl —, Milchs. +.

Operationsbefund: Nach Eröffnung der Bauchhöhle erweist sich das am Pylorus befindliche Karzinom als inoperabel.

Fall 3: Fr. Pil., Kutscherfrau, 43 J. alt, aufgen. 19. I. 09.

Diagnose: Carcinoma ventriculi (pylori).

Anamnese: Pat. kommt wegen Schmerzen am Magen. Seit September 08 hat sie Schmerzen in der Magengegend, die besonders stark nachts auftreten, daß sie oft stundenlang nicht schlafen konnte. Hat außer dem Aufstoßen kein Erbrechen. Hat 40 Pfund abgenommen. Appetit war schlecht, hat nur von Flüssigkeit gelebt. Stuhl alle Woche zweimal, von dunkelbrauner Farbe. Der Arzt hat sie innerlich behandelt auf Magengeschwür und Blutarmut.

Status: Sehr anämische Frau. Zunge belegt. Abdomen gewölbt, weich. Epigastrium druckempfindlich. Undeutliche Resistenz links im Epigastrium. Freie HCl 0,018 %, G. Ac. 20,0.

Operationsbefund: Es findet sich ein großes Karzinom d. pars pylorica. Hinter dem Tumor geht ein drüsenhaltiger Strang in der Richtung auf das Pankreas zu. Der Tumor ist tunnelliert, aber sehr eng.

Fall 4: J,. Maschinenführer, 52 J. alt, aufgen. am 25. I. 09.

Diagnose: Carcinoma ventriculi (cardiae und metast.).

Anamnese: Pat. liegt seit 10 Wochen krank. Leiden begann angeblich mit Blutbrechen und allgem. Mattigkeit. Der Stuhl soll schwarz gewesen sein. 14 Tage später stellten sich Schmerzen längs der Streckseite des rechten Oberschenkels ein. Vor 4 Tagen trat am Rücken unter Schmerzen eine Geschwulst heraus. Vor 2 Jahren Magengeschwür (Blutbrechen, Blutstuhl). Pat. ist in letzter Zeit stark abgemagert. Leidet viel an Durst. Potus und venerische Infektion wird negiert. Mutter verstorben an Magenkrebs.

Status: Aeußerst mager und elend aussehender Mann. Zahlreiche alte Schröpfnarben an rechter Seite, Hüfte, Oberschenkel. Der Dorn des zweiten Lendenwirbels springt aus der Reihe vor und ist sehr druckempfindlich. Ueber und rechts von ihm findet sich eine flache fünfmarkstückgroße, undeutliche, fluktuierende Erhebung. Röntgenuntersuchung gibt keinen pathologischen Befund.

Keine Operation. Einige Tage nach der Aufnahme unter allgemeiner Schwäche Exitus.

Die Sektion ergab: Handtellergroßes Karzinom der kleinen Kurv. ohne Stenose mit Metastase im Wirbelkanal.

Fall 5: Ko., Beamter, 71 J. alt, aufgen. 5. II. 09.

Diagnose: Carcinoma ventriculi (pylori).

Anamnese: Pat. will früher nie krank gewesen sein. Seit Januar 08 will er eine Geschwulst in der Magengegend verspürt haben, die damals hühnereigroß gewesen sein soll. Magen- und Darmbeschwerden hat der Tumor früher nie hervorgerufen. Pat. will sich operieren lassen, weil die Geschwulst größer geworden ist und sich jetzt Beschwerden eingestellt haben. Druck und Völlegefühl im Leibe. Kein Erbrechen. Pat. will in letzter Zeit stark abgemagert sein.

Status: Mittelgroßer Mann in dürftigem Ernährungs-

zustande und kachektischem Aussehen. Die Leber ist am Rippenbogen zu finden. Links neben der Medianlinie ist ein kleinfaustgroßer, derber, verschieblicher Tumor zu fühlen, der dem Pylorus anzugehören scheint. Freie HCl —, Milchs. —. Da der Tumor keine stenosierende Erscheinungen oder andere hochgradige Beschwerden macht, wird wegen des kachektischen Aussehens des Pat. und wegen der Größe der Geschwulst von einer Operation abgesehen.

Fall 6: Ack., 43 J. alt, aufgen. 24. II. 09.

Diagnose: Carcinoma ventriculi (pylori).

Anamnese: Pat. ist früher stets gesund gewesen. Seit Weihnachten machte sich Druck und Völlegefühl in der Magengegend, Uebelkeit und saures Aufstoßen bemerkbar. Seit 3 Wochen tritt regelmäßig meist drei Stunden nach dem Essen Erbrechen ein. In den letzten 3 Wochen will Pat. 20 Pfund an Gewicht abgenommen haben. Pat. war mit Magenspülungen behandelt worden und kommt jetzt auf eigene Veranlassung in die Klinik.

Status: Mittelgroßer Mann von kachektischem Aussehen. Fettpolster geschwunden. Abdomen leicht aufgetrieben. Im Epigastrium links nach der Medianlinie dicht über Nabelhöhe findet sich ein etwa mannsfaustgroßer, derber, höckeriger Tumor, welcher dem Pylorus anzugehören scheint. Milchs. +, freie HCl —.

Operationsbefund: Der Magen läßt sich nicht hervorziehen wegen starker Verwachsungen mit der Umgebung. Der Pylorus wird von einem etwa faustgroßen Tumor eingenommen. Zahlreiche Leber- und Netzmetastasen.

Fall 7: K., 61 J. alt, Arbeiter, aufgen. 5. III. 09.

Diagnose: Carcinoma ventriculi (curv. min.).

Anamnese: Pat. war früher stets gesund. Seit Oktober leidet er an starken Magenschmerzen, die er besonders links lokalisiert. Kein Erbrechen, kein Aufstoßen, kein Blut im Stuhl, zuweilen Verstopfungen. Appetit vorhanden.

Status: Mittelgroßer, etwas kachektisch aussehender

Mann von schwächlicher Muskulatur. Haut und Schleimhäute etwas blaß. Abdomen in Thoraxniveau. Magen links von der Mittellinie druckempfindlich, daselbst in der Tiefe eine Resistenz zu tasten.

Operationsbefund: Nach Freilegung des Magens zeigt sich ein großer diffuser harter Tumor der kleinen Kurvatur, der auf die große Kurvatur übergeht, mit dem Zwerchfell verwachsen und Metast. mit Netz.

Fall 8: Fr. Gl., Arbeiterfrau, 45 J. alt, aufgen. am 15. III. 09.

Diagnose: Carcinoma ventriculi (pylori).

Anamnese: Pat. hat als Kind Masern und vor einigen Jahren Darmkatarrh durchgemacht. Jetzt hat Pat. seit Juni Magenbeschwerden, weswegen sie auch zu gleicher Zeit ihre Arbeit einstellte. Im November trat in der Magengegend ein harter Tumor auf. Magenblutung und Erbrechen will Pat. nie bemerkt haben. Sie sucht jetzt die Klinik auf, weil sie zeitweise stechende Schmerzen in der Magengegend verspürt. Leichte Diät hat Pat. gut vertragen.

Status: In einer Entfernung von 1 ccm über dem Nabel ist ein etwa hühnereigroßer, knolliger, derber Tumor fühlbar, der sich bei der Atmung verschiebt. Freie HCl —, Milchs. —, G. Ac. 25,0.

Röntgenbild zeigt einen stark ptotischen Magen, auf dem der Pylorusteil fehlt.

Operationsbefund: Tumor ist über hühnereigroß, greift jedoch auf das Duodenum über.

Fall 9: Frau H., Arbeiterfrau, 58 J. alt, aufgen. am 18. III. 09.

Diagnose: Carcinoma ventriculi (pylori).

Anamnese: Früher nie krank, im Januar 08 hat Pat. mehrere Male krampfartige Zusammenziehungen am Magen beobachtet, die sehr schmerzhaft wurden, aber nur kurze Zeit dauerten. Jetzt im Januar begann bei der Patientin ein Magenleiden. Erscheinungen in Erbrechen gleich nach

dem Essen mit Blutbeimengung bestanden. Der Stuhl war häufig schwarz gefärbt und angehalten. Nach Nahrungsaufnahme starker Magenschmerz. Bald darauf Erbrechen. Auf Anraten ihres Arztes, welcher ihr erklärte, sie habe eine Geschwulst am Magen, suchte sie die Klinik auf.

Status: Mittelgroße, sehr magere Frau, mit gesunden inneren Brustorganen, zwischen Proc. xiphoideus und Nabel fühlt man einen wallnußgroßen, flachen, bei der Atmung verschieblichen Tumor, der auf Druck schmerzhaft ist. Freie HCl —, Milchs. —, G. Ac. 10,0.

Operationsbefund: Wegen Aszites im Bauche Abstand genommen von einer Resektion.

Obduktion: Der Pylorustumor ist stark mit dem Pankreas verwachsen, mit ihm verschmolzen. Der Tumor steht dicht vor dem Durchbruch in die Bauchhöhle. Einige kleine Lebermetastasen.

Fall 10: Kr., Schmied, 49 J. alt, aufgen. 19. III. 09.

Diagnose: Carcinoma ventriculi (hintere Wand).

Anamnese: Pat. bekam vor 2 Monaten Druckschmerzen im Magen nach dem Essen, Aufstoßen, zeitweilig Obstipation mit nachfolgendem Durchfall. Kein Erbrechen. Kein Blut im Stuhl.

Status: Stark abgemagerter Pat. Bauchdecken und Muskulatur schlaff. Abdomen unter Thoraxniveau. In der Nabelgegend ein etwa faustgroßer harter Tumor fühlbar. Freie HCl —, Milchs. +.

Operationsbefund: Nach Freilegung des Magens zeigt sich ein großer Tumor der unteren Magenwand mit Metastasen im Netz und Querkolon.

Fall 11: Bar., Arbeiter, 58 J. alt, aufgen. 23. III. 09.

Diagnose: Carcinoma ventriculi (pylori).

Anamnese: Pat. hat seit Dezember Magenschmerzen nach dem Essen, sowie Erbrechen jeden Morgen, das aber vor 14 Tagen sistierte. Nie Blut erbrochen, kein Blut im

Stuhl. Zeitweise Obstipationen. Stark an Gewicht abgenommen. Sonst nie krank gewesen.

Status: Patient sieht sehr kachektisch aus, Haut und Schleimhäute blaß. Links oberhalb des Nabels ist ein faustgroßer, harter Tumor sichtbar und fühlbar, der bei der Atmung verschieblich ist. Röntgenbeleuchtung zeigt einen überaus kleinen Magen mit einem großen diffusen Tumor der ganzen unteren Hälfte. Freie HCl —, Milchs. +, G. Ac. 8,0.

Operationsbefund: Es handelt sich um ein diffuses inoperables Magenkarzinom des ganzen unteren Teiles.

Fall 12: Kas., Handelsmann, 66 J. alt, aufgen. am 22. IV. 09.

Diagnose: Carc. ventr. (gr. Curv.).

Anamnese: Seit 6 Wochen häufiges übelriechendes Aufstoßen und Brechreiz, leichte Schmerzhaftigkeit in der Magengegend. Pat. hat gefühlt, als wenn die Bissen beim Essen vor dem Magen eine Zeit lang stecken blieben und nicht ordentlich hinuntergleiten wollen. Erbrechen nie aufgetreten, wohl aber Aufstoßen von bitteren Schleimmassen.

Status: Mittelkräftiger Mann von schlechter Gesichtsfarbe, sehr starker Foetor ex ore. Eine Palpation des Abdomen nicht möglich wegen sehr gespannter Bruchmuskulatur. Röntgenuntersuchung ergibt eine leichte zackige Auffaserung an der großen Kurvatur unterhalb der Kardia. 27. IV. Pat. wird auf Wunsch entlassen.

Fall 13: Fr. D., Meistergehülfenfrau, 47 J. alt, aufgen. 24. IV. 09.

Diagnose: Carc. ventr. (pylori).

Anamnese: Seit einem Jahr erbrach Pat. jeden Abend, auf Rat des Arztes unterließ sie es, am Abend Nahrung zu sich zu nehmen, erbrach aber trotzdem. Gleichzeitig heftige Durchfälle. Seit zwei Monaten werden schwarzgefärbte Massen erbrochen (kaffeesatzähnlich). Im März wurde Pat. 8 Tage lang der Magen gespült, wobei die ausgeheberte

Masse schwarzbraun ausgesehen haben soll. Aufstoßen und Erbrechen dauern fort.

Status: Große, etwas blaß aussehende, gut genährte Frau mit auffallend starkem Panniculus adiposus der Bauchdecken. Appetit leidlich. Kann jedoch wegen Magenbeschwerden nicht so essen, wie sie möchte. Stuhl angehalten, kein Blut. Die Untersuchung des Abdomens ergibt einen hühnereigroßen, knolligen Tumor, in der Mitte zwischen Proc. xiphoideus und Nabel. Derselbe ist bei der Atmung verschieblich, auf Druck schmerzhaft. Freie HCl —, Milchs. +, G. Ac. 70,0.

Operationsbefund: Bei der Eröffnung der Bauchhöhle erkannte man einen großen dem Pylorus angehörigen Tumor. Metastase an der kl. Kurv.

Fall 14: Fr. Sch., 42 J. alt, aufgen. 14. V. 09.

Diagnose: Carc. ventr. (pylori).

Anamnese: Pat. will früher stets gesund gewesen sein. Seit mehreren Jahren hat sie wiederholt Magendrücken, speziell bei Anstrengungen. Seit Anfang dieses Jahres wurden die Schmerzen ärger und sie bemerkte eine Geschwulst am Magen; sie bekam häufig Aufstoßen, Erbrechen, Stuhlverstopfung. Seit einigen Wochen erbricht sie alles, trotz strenger Diät. Sie ist sehr stark abgemagert. Vater am Magenleiden und Tb. verstorben.

Status: Anämische Frau von stark herabgesetztem Ernährungszustande. Haut und sichtbare Schleimhäute blaß. In der rechten Bauchseite etwas oberhalb des Nabels eine etwa hühnereigroße, harte, verschiebliche Geschwulst sichtbar und fühlbar. Dieselbe druckempfindlich. Freie HCl —, Milchs. +, G. Ac. 18,0.

Operationsbefund: Nach Eröffnung des Bauchfelles zeigt sich ein großer, höckeriger Tumor der kl. Kurv., der auf den Pylorus übergeht. Zahlreiche Metastasen im großen Netz und der Leber.

Fall 15: L., Landwirt, 40 J. alt, aufgen. 17. V. 09.

Diagnose: Carc. ventr. (pylori).

Anamnese: Seit über einem Jahr hat Pat. Magenbeschwerden. Er klagt über Schmerzen im Leibe und durchfallartigen Stuhl. Bereits Ostern vor einem Jahr war er im Krankenhaus (Königsberg) 14 Tage in Behandlung, ohne daß sein Zustand sich besserte. Seit 10 Wochen hat sich der Zustand zusehends verschlimmert. Ein Arzt stellte eine Geschwulst in der linken Unterbauchseite fest, die sich seitdem stark vergrößert haben soll. Vater an Magenkrebs gestorben.

Status: Röntgenuntersuchung ergibt eine verlangsamte Passage des Oesophagus. Der Magen füllt sich langsam unterhalb der Blase. Im gefüllten Zustande sieht man einen kurzen, breiten Schatten, die Pars pylorica fehlt vollständig. Wenn man den fühlbaren Tumor von außen bedeckt, geht der Magenschatten mit. Freie HCl —, Milchs. +, G. Ac. 40,0. — 25. V. als inoperabel entlassen.

Fall 16: Bu., Arbeiter, 53 J. alt, aufgen. 3. VI. 09.

Diagnose: Carc. ventr. (pylori).

Anamnese: Seit dem Herbst vorigen Jahres hat Pat. Schmerzen und Druckgefühl in der Magengegend. Trotz ärztlicher Behandlung nahmen die Beschwerden nicht ab, in den letzten 4 Wochen nahmen die Beschwerden zu. Pat. erbrach öfters Schleim, der Appetit ließ sehr nach. Pat. nahm stark ab. Vor 2 Jahren herzkrank gewesen, hat im Anschluß daran Gelbsucht gehabt. Als junger Mensch darmkrank gewesen. Mutter gestorben an Magenkrebs.

Status: Stark abgemagerter Mann, Haut trocken, Abdomen unterhalb des Nabels aufgetrieben. Tumor nicht palpabel, auch keine Druckempfindlichkeit. Aufblähung: die kl. Kurv. steht noch unterhalb des Nabels, die gr. Kurv. liegt oberhalb der Symphyse. Im Magen alte Reste. Freie HCl. —, Milchs. +.

Operationsbefund: Magen stark dilatiert. Am Pylorus

ein kleiner harter, mit dem Pankreas verwachsener, dem Pylorus stenosierender Tumor, von höckeriger Oberfläche.

Fall 17: St., Weichensteller, 44 J. alt, aufgen. 21. VI. 09.

Diagnose: Carc. ventr. (pylori).

Anamnese: Seit 2 Jahren Magenbeschwerden, Erbrechen großer unverdauter Speisereste, die mehrere Tage vorher genossen waren. Am 30. XI. 08 hat er 2 Liter Blut gebrochen, hat in 2 Jahren 15 Pfund abgenommen, ist blaß geworden. Seit längerer Zeit in Abständen mit Ausheberung behandelt.

Status: Anämischer magerer Mann. Großer zweifaustgroßer Tumor in Nabelhöhle, mit der Tiefe verwachsen.

Operationsbefund: Ein faustgroßer, mit dem Pankreas verwachsener Tumor, d. Pylorus. Metastasen auf dem Netz.

Fall 18: Frau Wal., Tischlersfrau, 59 J. alt, aufgen. 21. VI. 09.

Diagnose: Carc. ventr. (pylori).

Anamnese: Pat. früher nie krank gewesen, nie etwas mit dem Magen zu tun gehabt. Beginn der jetzigen Krankheit im März dieses Jahres mit Uebelkeit und Appetitlosigkeit, mitunter Erbrechen, zuweilen saures Aufstoßen. Diese Erscheinungen nahmen immer zu, trotz ärztlicher Behandlung. Pat. nahm zirka 20 Pfund an Gewicht ab, sie wird von ihrem Arzt zur Operation nach hier überwiesen.

Status: Kleine, mittelkräftig gebaute Frau, mit mäßigem Fettpolster und anscheinend gesunden Brustorganen. Dicht unterhalb des Nabels erkennt man bei der Atmung einen Tumor, der bei der Palpation etwa die Größe eines Hühnereies hat und sich höckerig anfühlt. Bei der Atmung stark verschieblich. Freie HCl —, Milchs. +, G. Ac. 50,0.

Operationsbefund: Im Bereiche des Pylorus außer dem Magentumor sind einige multiple Lebermetastasen wahrzunehmen.

Fall 19: Sch., Bürstenmacher, 57 J. alt, aufgen. am 5. VII. 09.

Diagnose: Carc. ventr.

Anamnese: Seit Juli 08 hat Pat. Stechen in der Magengegend. In den letzten 3 Wochen haben sich die Beschwerden verschlimmert, weshalb Pat. die Klinik aufsuchte. Er ist bisher nicht behandelt. Seit einem Jahre etwas abgemagert, kann alles essen, nur nach Diätfehlern gebrochen. Verstopfung, Aufstoßen.

Status: Schmerzen im Magen in der rechten Seite. Tumor undeutlich. Freie HCl —. Röntgenuntersuchung: Oesophaguspassage etwas verlangsamt. Ptosis und Dilatation des Magens. Defekt des Pylorusteils mit langen Zapfen. Extrem magerer, anämischer, kachektischer Mann. Tumor undeutlich fühlbar. 9. VII. Pat. verweigert die Operation und wird ungeheilt entlassen.

Fall 20: Fr. H., 51 J. alt, aufgen. 26. VII. 09.

Diagnose: Carc. ventr. (gr. Kurv.).

Anamnese: Pat. war früher ganz gesund, seit 2 Jahren hat sie meist Durchfall. Blut oder Schleim hat Pat. nicht bemerkt. Seit 3 Monaten Appetitlosigkeit, Uebelsein und Erbrechen. Seit 9 Wochen macht sich ein Tumor über der linken Beckenschaufel bemerkbar.

Status: Kleine abgemagerte Frau. Zwischen Nabel und Spina ant. sup. oben näher der Spina findet sich ein ziemlich harter nicht gut umschriebener Tumor von über Mannesfaustgröße, der aus Knollen zu bestehen scheint und sich nach allen Seiten etwas verschieben läßt. Im Stuhl etwas Blut. In der Leistenlänge liegen beiderseits einzelne wenig harte Drüsen.

Operationsbefund: Es findet sich ein faustgroßer, harter Tumor an der gr. Kurvator mit kleinen Knoten auf Pankreas.

Fall 21: Re., Eisenbahngehilfe, 45 J. alt, aufgen. am 2. VIII. 09.

Diagnose: Carc. Schrumpfmagen.

Anamnese: Seit 4 Jahren hat Pat. stets Völlegefühl nach dem Essen und will bemerkt haben, wie sich der

Magen vorwölbte, dabei hat er anfangs keine, später Schmerzen. Appetit vorhanden. Zeitweise Stuhlverstopfung. Aufstoßen, schmeckte faulig. Nie Erbrechen. Vor einem Jahre bekam Pat. einen heftigen Schmerzanfall. Die Schmerzen zogen sich vom After gegen den ganzen Leib. Innerhalb 14 Tagen hatte er etwa 5 solche Anfälle, bei denen er auch regelmäßig erbrach. Nach einer zweckmäßigen Behandlung besserte sich das Leiden nach 9 Wochen. Am 23. Mai d. J. bekam Pat. wieder einen heftigen Schmerzanfall. Er erbrach wiederum, war verstopft und hatte Aufstoßen. Mitte Juni kam ein besonders heftiger Anfall auf; bei dem er Blut erbrach. Er mußte Eis schlucken und nun trat das Blut im Stuhl auf. Pat. hat innerhalb eines Jahres 40 Pfund abgenommen.

Status: Sehr anämischer Mann in sehr herabgesetztem Ernährungszustand. Im Epigastrium ist ein die Mittellinie nach rechts überschreitender, harter, diffuser Tumor zu fühlen. Die motorische Funktion des Magens ist gestört. Freie HCl —, Milchs. +, G. Ac. 12,0.

Operationsbefund: Von der kl. Kurv. bis Pylorus erstreckt sich ein diffuser, fester, höckriger Tumor, der mit Lig. gast. hepat. und Duodenal. fest verwachsen ist.

Fall 22: Frau Le., Zimmermannsfrau, 60 J. alt, aufgen. 2. VIII. 09.

Diagnose: Carc. ventr.

Anamnese: Bis November 1908 war Pat. ganz gesund. Seit der Zeit konnte sie schwere Speisen nicht mehr vertragen. Bald darauf mußte sie 2 Stunden nach dem Essen häufig erbrechen. Blut erbrochen hat sie nicht. Seit März bekam Pat. starke Schmerzen in der Magengegend. Das Erbrechen wurde stärker. Pat. konnte fast nichts mehr essen, da sie gleich alles wieder ausbrach. Seit der Zeit bemerkte sie auch einen Knollen im Bauch. Seit einem halben Jahr ist sie 24 Pfund abgemagert. Der Stuhl war manchmal schwarz. Freie HCl —, Milchs. +, Sanguis +.

Operationsbefund: Es findet sich ein mit dem Querkolben fest verwachsener Magentumor mit kleinen Knötchen auf dem Darm.

Fall 23: Ja., Landwirt, 48 J. alt, aufgen. 6.IX. 09.

Diagnose: Carc. ventr. cardia.

Anamnese: Seit ungefähr 9 Jahren hat Pat. Magenbeschwerden, öfter Aufstoßen nach dem Essen und Schmerzen in der Magengegend. Im Januar d. J. bemerkte Pat. im Stuhle schwarze Beimengungen. Seit Juni will Pat. Erbrechen bekommen haben, welches immer nach dem Genießen bestimmter Speisen auftrat. Appetit und Stuhl in Ordnung.

Status: Schwächlicher Mann mit ziemlich eingefallenen Gesichtszügen. Schleimhäute blaß. Haut trocken. Probefrühstück fast gar nicht verdaut. Freie HCl —, Milchs. —, G. Ac. 26,0. Palpation des Magens nicht ausführbar, da Bauchdecken stark gespannt sind. 9. IX. Pat. auf Wunsch unoperiert entlassen.

Fall 24: Fr. M., Schuhmachersfrau, 66 J. alt, aufgen. 30. IX. 09.

Diagnose: Carc. ventr.

Anamnese: Mutter an Uteruskrebs gestorben. Pat. hat Scharlach, Masern und Lungenentzündung durchgemacht. Vor Ostern hat sie sich erkältet und seit Pfingsten klagt sie darüber, daß sie nicht schlucken kann. Gleich nach dem Essen hat sie immer erbrochen.

Status: Mittelgroße magere Frau mit anscheinend gesunden Brustorganen. Unter dem linken Rippenbogen fühlt man einen etwa handflächengroßen Tumor. Die Magensonde ließ sich bequem durch den Oesophagus führen. Freie HCl –, Milchs. zweifelhaft. Resektion kommt wegen Aszites nicht in Frage. Die Röntgenuntersuchung ergab einen totalen Schrumpfmagen ohne Pylorusstenose. 9. X. Da die Ernährung noch leidlich ist, wird Operation nicht vorgenommen, eventl. später. Jejunostomie beabsichtigt.

Fall 25: Fr. Bar., Witwe, 56 J. alt, aufgen. 16. X. 09.
Diagnose: Carc. pylori.

Anamnese: Patientin hat als Kind Masern und vor 9 Jahren Lungenentzündung durchgemacht. Seit April d. J. klagt sie über Mattigkeit, zunehmende Abmagerung, Appetitlosigkeit und Uebelsein. Seit Oktober haben sich auch heftige Schmerzen in der Magengegend, die bis nach dem Rücken und der Schulter ausstrahlten, eingestellt. Erbrochen hat Pat. nie.

Status: Mittelgroße, in der Ernährung etwas heruntergekommene Frau, mit anscheinend gesunden Brustorganen. Abdomen: Unter dem linken Rippenbogen fühlt man einen etwa hühnereigroßen, höckrigen, bei der Atmung verschieblichen Tumor. Die Aufblähung des Magens ergibt eine leichte Verschiebung des Tumors nach rechts und Herabsteigen der großen Kurv. bis ins kleine Becken.

Operationsbefund: Mäßig beweglicher großer Tumor der Pylorusgegend. Leichte Verwachsungen mit dem Pankreas.

Fall 26: Br., Arbeiter, 44 J. alt, aufgen. 21. XI. 09.
Diagnose: Carc. pylori.

Anamnese: Pat. war mit Ausnahme von Kinderkrankheiten früher stets gesund. Das jetzige Leiden begann im Frühjahr 08. Er bemerkte, daß er öfters einen Druck im Magen hatte und schwere Speisen nicht vertragen konnte. Unter geeigneter Diät ging jedoch das Leiden vorüber. Etwa im April d. J. setzten neue Beschwerden ein. Es war vor allem Erbrechen, das jetzt in den Vordergrund der Erkrankung trat. Obwohl Pat. sehr diät lebte, mußte er fast täglich am Abend erbrechen. Er hat seit seiner Erkrankung etwa 40 Pfund an Gewicht abgenommen. Die Schmerzen traten auch wieder in der alten Heftigkeit auf, wobei Pat. das Gefühl hatte, daß ihm ein schweres Gewicht im Magen liege.

Status: Es handelt sich um einen alten Mann in stark

reduziertem Ernährungszustande. Das Fettpolster ist fast völlig verschwunden. Die Hautfarbe ist blaß. In dem linken Epigastrium sieht man eine Hervorwölbung, die mit der Atmung auf und ab geht. Bei der Palpation ergibt sich, daß hier ein etwa mannesfaustgroßer Tumor von sehr derber Konsistenz und höckeriger Oberfläche besteht, der in der linken Axillarlinie bis fast zur Medianlinie reicht. Freie HCl —, Milchs. +.

Operationsbefund: Faustgroßes Karzinom, welches die Pars pylorica ringförmig einnimmt, dem Pylorus einen angrenzenden kleinen Teil der Pars pylorica freiläßt.

Fall 27: Eb., Arbeiter, 57 J. alt, aufgen. 24. XI. 09.

Diagnose: Carc. ventr. (pylori).

Anamnese: Pat angeblich früher stets gesund gewesen. Vor 2 Monaten bemerkte er, daß sein Appetit schlechter wurde und daß er häufig tagsüber saueres Aufstoßen hatte. Der Stuhl war angehalten. Nach einer ärztlichen Behandlung besserten sich seine Beschwerden ganz wesentlich. Pat. wurde vom Arzt zwecks Operation in die Klinik geschickt.

Status: Schwächlicher Mann, sehr mager, Haut trocken, Schleimhäute blaß. Herz und Lunge o. B. Im Abdomen fühlt man eine etwa hühnereigroße, harte, höckrige, auf Druck nicht schmerzhafte Geschwulst, dieselbe ist sehr verschieblich. Bei Aufblähung des Magens verschwindet der Tumor. Freie HCl —, Milchs. —, G. Ac. 40.

Operationsbefund: Pylorusteil ist von einem fast gänseeigroßen, harten, höckerigen Tumor eingenommen, welcher mit dem Duodenum verwachsen ist.

Fall 28: Fr. Al., Arbeitersfrau, 55 J. alt, aufgen. am 25. XI. 09.

Diagnose: Carc. ventr. (pylori).

Anamnese: Mutter gestorben an Brustkrebs. Pat. will nie krank gewesen sein. Seit einem Jahr Drücken in der Magengegend. Im September d. J. trat noch Erbrechen

dazu. Seit Oktober in ärztlicher Behandlung, wo Pat. Operation angeraten wurde. Subj. Klagen: Uebelsein, Erbrechen, Brennen in der Magengegend, Aufstoßen.

Status: Mittelgroße, anämische, elende Frau mit atrophischem Fettgewebe. Unter dem linken Rippenbogen fühlt man eine etwa hühnereigroße, bei der Atmung verschiebliche, etwas höckrig sich anfühlende Geschwulst, welche auf Druck nicht besonders schmerzhaft ist. Bei der Aufblähung des Magens erkennt man eine erhebliche Ptosis des Magens, etwa 4 Finger breit unter dem Nabel.

Operationsbefund: Nach der Eröffnung und der Hervorziehung des Magens, an dem man den Sitz des Karzinoms am Pylorus erkennt.

Fall 29: Hu., Fuhrherr, 48 J. alt, aufgen. 3. I. 10.

Diagnose: Carc. ventr. (Curv. min.).

Anamnese: Seit Frühjahr 1909 erkrankte Patient mit Appetitlosigkeit, Schmerzen in der Magengegend, Erbrechen und Abmagerung. Das Erbrochene enthielt unverdaute Speisen, später war es kaffeesatzartig. Erbrechen trat häufiger auf, unabhängig von der Nahrung. Die Schmerzen haben in letzter Zeit sehr zugenommen. Stuhl war angehalten. Heredität o. B.

Status: Sehr anämischer Mann. Fettpolster noch mäßig vorhanden. Links im Epigastrium fühlt man einen druckempfindlichen Tumor, der unter dem Rippenbogen hervorkommt und wenig verschieblich ist. Konsistenz mäßig derb. Leber nicht vergrößert. Sanguis +.

Operationsbefund: Großes, mit der vorderen und unteren Bauchwand fest verwachsenes Karzinom der kl. Kurv.

Fall 30: Fr. K., 37 J. alt, aufgen. 10. II. 1910.

Diagnose: Carc. pylori.

Anamnese: Ihr jetziges Leiden begann im März 1909. Damals erkrankte sie an heftigen Schmerzen, Auftreibung in der Magengegend. Der Stuhlgang wurde unregelmäßig und hatte tiefschwarze Farbe. Es war ihr nicht möglich,

die Speisen länger als einige Stunden bei sich zu behalten. Sie suchte deshalb ein Krankenhaus auf, wo sie 2 Monate angeblich an Magengeschwür behandelt wurde. Zirka 10 Wochen nach der Entlassung traten das Erbrechen und die Schmerzen wieder auf. Seit Weihnachten 09 wurde sie wieder in das Krankenhaus aufgenommen, welches sie jetzt der Klinik überweist. Pat. gibt an, 30 Pfund abgenommen zu haben.

Status: Mäßig ernährte Frau mit schlaffen Bauchdecken und blasser, etwas kachektischer Gesichtsfarbe. Bei der Palpation fühlt man einen in der Regio Epigastria liegenden, auf Druck schmerzhaften, gut verschieblichen Tumor von Hühnereigröße.

Operationsbefund: Nach der Eröffnung des Magens sieht man einen mäßig beweglichen Tumor am Pylorus. Pylorus gut durchgängig geblieben.

Fall 31: Mic., Kaufmann, 34 J. alt, aufgen. 26. II. 1910.

Diagnose: Carc. ventr. (pylori).

Anamnese: Bis 1906 war Pat. stets gesund. Im Jahre 1906 Magen- und Darmstörungen, mit Leibschmerzen, Durchfall, Erbrechen. Auf Diät wesentliche Besserung. Im Herbst 1909 Beginn des jetzigen Leidens. Nach dem Essen Völle, Druck, Uebelsein, Brechreiz, Aufstoßen. Der Appetit ist gut, jedoch vermeidet der Pat. größere Mahlzeiten, weil er sonst Schmerzen bekommt.

Status: Mäßig kräftig, in gutem Ernährungszustande. Haut und Schleimhäute blaß. In der Nabelgegend ist ein höckriger Tumor fühlbar. Derselbe ist beweglich und reicht bis 2 Finger breit rechts vom Nabel. Freie HCl —, Milchs. +, G. Ac. 0,1.

Operationsbefund: Der Pylorus wird von einem hühnereigroßen Tumor eingenommen.

Fall 32: Fr. Ju., Näherin, 42 J. alt, aufgen. 28. II. 10.

Diagnose: Carc. ventr.

Anamnese: Schon am Ende des Jahres 1908 will Pat.

unangenehmes Gefühl im Leibe bemerkt haben. Stuhlgang regelmäßig. Pfingsten 1909 bekam Pat. bei einer schnellen Bewegung plötzlich Schmerzen im Leibe, sodaß sie den Arzt aufsuchen mußte, der eine Geschwulst in der Magengegend konstatierte. Seit dieser Zeit besteht verminderter Appetit und unangenehmer Geschmack. Anfang Dezember wurde gelegentlich einer Stuhluntersuchung von Prof. Rosin Blut festgestellt und gleichzeitig eine Operation empfohlen. Darum sucht Pat. die Klinik auf. Sie gibt an, seit Pfingsten 20 Pfund abgenommen zu haben.

Status: Stark abgemagerte, blasse Pat. Bauchdecken atrophisch, linke Leber in der Linea alba in der Magengegend vorgewölbt. Hier ist ein großer, harter Tumor fühlbar, welcher höckrig und scheinbar fast mit der Umgebung verwachsen ist.

Operationsbefund: Fast der ganze Magen ist von einem großen Tumor ergriffen und mit Collum transversum und Duodenum fest verwachsen. Ebenso Pankreas ist in die Tumormetastase hineingefallen.

Fall 33: Schr., Landwirt, 64 J. alt, aufgen. am 3. III. 10.

Diagnose: Carc. ventr. (Curv. major.).

Anamnese: Pat. hatte seit 20 Jahren Gelenkrheumatismus, sonst nie krank. Seit einigen Tagen vor Weihnachten leidet der Pat. an einem Druckgefühl in der Magengegend und an Appetitlosigkeit. Er ist stark abgemagert, nie erbrochen. Pat. wurde zuerst auf Leberleiden, später von einem anderen Arzt auf Magenleiden behandelt. Er suchte, als das Leiden sich weiterhin verschlimmerte, die Poliklinik auf, die ihn zur Operation auf die Station verlegte.

Status: Kachektisch aussehender Mann in sehr reduziertem Ernährungszustand. Hautfarbe blaß. Haut welk. Das Abdomen ist in seinen oberen Partien etwas vorgetrieben. Bei der Palpation fühlt man unter dem linken Rippenbogen einen fast faustgroßen, derben Tumor, der nur wenig beweglich ist und eine höckrige Oberfläche

zeigt. Die Leber ist nicht vergrößert. Kein Aszites. Freie HCl —, Milchs. +, Sanguis +. 8. III. 10. Auf eigenen Wunsch inoperabel entlassen.

Fall 34: K., Schlosser, 56 J. alt, aufgen. 15. III. 10.

Diagnose: Carc. ventr. (Curv. min.).

Anamnese: Der Vater an einem Magenleiden gestorben. Kurz vor Weihnachten 09 bemerkte Pat., daß er des Morgens ein krampfartiges Würgen im Magen hatte. Erbrechen hat er nie gehabt. Daneben litt Pat. sehr an Appetitlosigkeit. Er hatte beim Essen sehr bald ein Gefühl von Völle im Magen. Der Stuhlgang war angehalten und dunkel gefärbt.

Status: Am Abdomen fühlt man im Epigastrium links von der Medianlinie einen etwa kleinapfelgroßen, mäßig derben, beweglichen Tumor, der mit der Umgebung fest verwachsen ist. Leber frei, kein Aszites. Freie HCl —, Milchs. —, Blut +.

Operationsbefund: Es findet sich an der kleinen Kurvatur ein etwa hühnereigroßes Karzinom.

Fall 35: Ph., Zimmerpolier, 60 J. alt, aufgen. 7. V. 10.

Diagnose: Carc. ventr. (pylori).

Anamnese: Früher nie krank. Im vergangenen Jahre ist es seinen Angehörigen aufgefallen, daß sein Aussehen sich zusehends verschlechterte. Er selbst will erst seit etwa Februar einen Druck in der Magengegend, allerdings auch nur zeitweise bemerkt haben. Sein Appetit blieb gut. Stuhl regelmäßig. Im April hat er 3 Wochen zu Bett gelegen. Da er sich sehr matt fühlte, suchte er einen Arzt auf, der ihn unserer Klinik zuwies.

Status: Sehr kachektischer Mann, links am Rippenbogen fühlbarer, höckriger, verwachsener Tumor, der halbkugelig etwa faustgroß unter dem Rippenbogen hervorragt. HCl —, Milchs. +.

Operationsbefund: Ein von der kl. Kurvatur ausgehendes, doppeltes, handtellergroßes, dickwandiges Karzinom.

Fall 36: J., Lehrer, 56 J. alt, aufgen. 19. V. 10.
Diagnose: Carc. ventr. (Cur. min.).

Anamnese: Vor zirka 20 Jahren nach Genuß eines Glas kalten Bieres Magenbeschwerden und Globusgefühl im Oesophagus, die etwa $^3/_4$ Jahr anhielten. Vor 10 Jahren rechts Ischias. Seit Ostern 1910 Appetitmangel, Druckgefühl im Magen, Abneigung gegen Fleischkost. Anfangs glaubte Pat. eine vorübergehende Magenverstimmung zu haben, jedoch verschlimmerte sich sein Zustand rapid. Anfang Mai trat plötzlich ein rechtsseitiger Leistenbruch auf. Bis jetzt 25 Pfund abgenommen. Von Prof. Boas untersucht und zur Operation überwiesen.

Status: Leber- und Milzdämpfung nicht verbreitet. Im Epigastrium nur unterhalb des linken Rippenbogens ein anscheinend flacher Tumor etwa in Faustgröße fühlbar. Im Epigastrium über der Geschwulst Reiben bemerkbar. Röntgenbild zeigt den Tumor der kleinen Kurv. ausgesprochen. Keine Metastasen. Freie HCl —, Milchs. +, G. Ac. 0,0219. — 26. V. 10. Infolge des schlechten Allgemeinzustandes inoperabel entlassen.

Fall 37: Sch., Arbeiter, 54 J. alt, aufgen. 25. V. 10.
Diagnose: Carc. ventr. (Curv. min.).

Anamnese: Pat. hat Blinddarmentzündung durchgemacht. Seit einem Jahre klagt er über häufiges Aufstoßen, Druckgefühl in der Magengegend und zunehmende Appetitlosigkeit. Erbrechen hat er nie gehabt, auch keine nennenswerte Schmerzen. Seit August 09 mußte er wegen Schwächegefühl mit der Arbeit aufhören. In den letzten Jahren ist er um 25 Pfund abgemagert. Mehrere Male soll der Stuhl in den letzten Monaten schwarz, wie verbrannt ausgesehen haben. Vom Arzt nach der Klinik geschickt.

Status: Großer, kachektisch-anämischer Mann. Schleimhäute blaß, wachsgelbe Gesichtsfarbe. Muskulatur atrophisch. Leib etwas aufgetrieben. Kein Aszites. In der

Magengegend ist ein Tumor fühlbar. Nirgends eine besondere Schmerzhaftigkeit.

Operationsbefund: Im Fundus findet man einen großen Tumor, welcher quer verläuft nach der kl. Kurv. und auf die Kardia übergreift.

Fall 38: D., Kolonist, 60 J. alt, aufgen. 26. V. 10.

Diagnose: Carc. pylori.

Anamnese: Pat. ist früher stets gesund gewesen. Im Juni 09 bemerkte Pat. zuerst nach dem Essen ein Druckgefühl in der Magengegend, auch hatte er öfters Aufstoßen. Stuhlgang war regelmäßig. Im März bekam Pat. häufiges Erbrechen. Das Erbrechen trat meist gegen Abend ein. Stuhlgang seit März unregelmäßig. Nach dem Essen hatte Pat. viel unter dem saueren Aufstoßen zu leiden. Seit einem Jahr hat Pat. 35 Pfund abgenommen.

Status: Blasser, magerer Mann. Haut etwas ikterisch verfärbt und trocken. Beim tiefen Atemholen sieht man deutlich in der Gegend des Epigastriums eine Hervorwölbung, deren obere Kontur der kleinen, deren untere der großen Kurvatur des Magens entspricht. Leberdämpfung. Freie HCl —, Milchs. +, G. Ac. 32.

Operationsbefund: Auf dem hervorgezogenen Magen, besonders an der Pylorusgegend und auf dem Mesenter. finden sich zahlreiche, grauweiße Knötchen und Knoten, die in der Pylorusgegend miteinander verschmolzen.

Fall 39: J., Landwirt, 45 J. alt, aufgen. 7. VI. 10.

Diagnose: Carc. ventr. (pylori).

Anamnese: Vor 5 Jahren beim Heben eines schweren Balkens rückwärts hingestürzt, nur mit der rechten Thoraxhälfte auf einen scharfen Gegenstand gefallen. Damals nach Aussage des Arztes Rippenquetschung. Seit 1905 Krämpfe im Leib und Rücken. Nie Ikterus. Seit 9—10 Jahren Magenbeschwerden. Durchfall nur bisweilen, Schmerzen, Aufstoßen nach dem Essen. Seit Februar hat sich der Zustand

erheblich verschlimmert. Niemals Blutbrechen. Zirka 20 Pfund Gewichtsabnahme.

Status: Mittelgroßer, ziemlich kräftiger, sehr magerer Patient. Keine Oedeme, Exanteme und Drüsenschwellung. Rechts oberhalb des Nabels ist ein etwa handtellergroßer, ziemlich derber, flacher Tumor, der von der Atmung ziemlich unabhängig ist.

Operationsbefund: Nach Eröffnung des Peritoneums findet man einen großen, harten Tumor der Pylorusgegend, der sowohl die vordere, wie die hintere Wand einnimmt, und auf Pankreas übergreift. Metastasen im Mesenter. und Netz.

Fall 40: St., Müller, 43 J. alt, aufgen. 7. VI. 10.

Diagnose: Carc. pylori.

Anamnese: Seit 3 Jahren hat Pat. ein Magenleiden. Erbrechen täglich, nie Blut. Schmerzen in der Magengegend. 50 Pfund abgemagert. Wurde auf ärztlichen Rat mit Spülung behandelt, schon mehrere Jahre vorher Sodbrennen und häufiges Aufstoßen. Stuhl seit 3 Jahren unregelmäßig. Seit vorigen Jahres bemerkte er eine Geschwulst im Leibe.

Status: Sehr magerer, anämischer, kleiner Mann. In Nabellinie fühlt man einen derben, höckrigen Tumor, quer gelegen, etwa doppelt hühnereigroß, verschieblich. HCl —, Milchs. —. Röntgenbild: Ektasie mit fehlendem Pylorus.

Operationsbefund: Apfelgroßes Karzinom am Pylorus mit Drüsen an der gr. und kl. Kurv., oben Verwachsungen.

Fall 41: Gr., Landwirt, 50 J. alt, aufgen. 8. VI. 10.

Diagnose: Carc. pylori.

Anamnese: Pat. will abgesehen von seiner jetzigen Krankheit niemals ernstlich krank gewesen sein. Seit zirka 10 Jahren öfters Erbrechen während des Essens, worauf Pat. mit Appetit wieder weiter speisen konnte. Seit Herbst 08 weniger Appetit, fast keinen Geschmack, Widerwillen gegen Fleischnahrung. Seitdem zirka 20—25 Pfund abge-

nommen. März 1910 verschlimmerte sich der Zustand. Es stellten sich Beschwerden, besonders Druckgefühl zirka 1 Stunde nach dem Essen, ein. Seit 3 Wochen fühlt sich Pat. besonders elend. Er klagt über Aufstoßen, Schmerzen in der Magengegend, große Schwäche. Kommt zwecks Operation in die Klinik.

Status: Großer, kräftig gebauter, sehr magerer Patient. Oberhalb des Nabels fühlt man einen ziemlich derben, flachen, kleinhandtellergroßen Tumor, der von der Atmung nicht beeinflußt wird. Geringer Skleral- und Hautikterus.

Operationsbefund: Nach Eröffnung des Peritoneums sieht man einen großen Tumor der Pars pylorica. Ausgedehnte Verwachsungen mit Lig. hepato-duodenale und mesokolon. Wegen Metastasen im Mesenterium und Blinddarms von einer Reaktion Abstand genommen.

Fall 42. Fr. K., Dienstmädchen, 62 Jahre alt. Aufgenommen 20. VI. 1910.

Diagnose: Carc. pylori et cur. min.

Anamnese: Vor 15 Jahren hatte Patientin 2 Anfälle von Appendicitis. Im Januar d. J. hatte sie eine schwere Influenza. Seit dieser Zeit leidet Patient an Magenschmerzen und Erbrechen. Blut will sie nicht erbrochen haben. Das Erbrochene sah bräunlich-schokoladenfarbig aus. Der Stuhl war meist angehalten. Seit dieser Zeit ist Patientin auch mehrfach gelbsüchtig gewesen. Sie ist stark abgemagert.

Status: Sehr blasse, stark abgemagerte Patientin. Links neben dem Nabel wölbt ein großer Tumor die stark atrophischen Bauchdecken deutlich sichtbar vor. Der Tumor ist faustgroß, hart und höckrig. Röntgenuntersuchung zeigt Erweiterung des Magens.

Operationsbefund: Es findet sich ein großes Karzinom am Pylorus und der kl. Kurv., zahlreiche Drüsen, Metastasen an der kl. Kurv. Verwachsungen mit dem Dünndarm.

Fall 43. Fr. T., Arbeitersfrau, 76 Jahre alt, aufgenommen 20. VI. 1910.

Diagnose: Carc. pylori.

Anamnese: In der Familie mehrere Fälle von Magenleiden vorhanden. Patientin leidet an Obstipationen, war sonst angeblich stets gesund. Ihr jetziges Leiden trat vor 6 Jahren auf. Patientin erkrankte damals an Leibschmerzen und täglichem Erbrechen, besonders nach körperlichen Anstrengungen. Vor 1 Jahr bemerkte Patientin einen kleinapfelgroßen Tumor unter dem Rippenbogen links neben dem Nabel. Sie leidet jetzt an täglichem Erbrechen nach dem Essen, besonders nach dem Genuß von Obst oder saueren Speisen. Patientin ist in 4 Wochen 5 Pfund abgemagert.

Status: Bauchdecken atrophisch. Man sieht unterhalb der linken Rippenbogen einen deutlichen Tumor, welcher sich an den Zwerchfellexkursionen in geringem Grade beteiligt. Die Palpation ergibt einen harten, höckrigen und gut verschieblichen Tumor. Leber ist nicht vergrößert. Ascites nicht vorhanden.

Operationsbefund: Großes Karzinom am Pylorus, welches die Magenwand perforiert hat. In der Leber zahlreiche Metastasen.

Fall 44. Fr. H., Arbeiterfrau, 49 Jahre alt. Aufgenommen am 4. VII. 1910.

Diagnose: Carc. ventric. (Pilori).

Anamnese: Vater gestorben an Magenkrebs, Mutter gestorben an Leberkrebs. Patientin hatte immer einen schwachen Magen. Sonst war sie gesund. Vor 6 Jahren hat Patientin zweimal Blutung nach dem Suhlgang gehabt. Das Blut soll frischrot ausgesehen haben. Sie leidet seit Jahren an Verstopfung. Durchfälle sind nicht aufgetreten. Blut im Stuhl hat Patientin nicht wieder beobachtet. Sie gibt an, daß sie zeitweise Kollern im Leibe habe, daß weiterhin Schmerzen auftreten, wenn die Winde pfeifend weitergehen. Seit Weihnachten bekam sie wieder Magenbeschwerden. Sie fühlte damals unter den linken Rippenbogen eine Ge-

schwulst. Da die Beschwerden sich nicht minderten, so suchte Patientin die Klinik auf.

Status: Anämische Patientin mit krankhaft leidendem Gesichtsausdruck. Zunge belegt. Links von dem Nabel sieht man eine Verwölbung der atrophischen Bauchdecken. Die Palpation ergibt einen harten, höckrigen, beweglichen Tumor von Mannesfaustgröße. Die Aufblähung des Dickdarmes läßt den Tumor verschwinden.

Freie HCl. — Milchs. — G. Ac. 28 Sanguis.

Operationsbefund: Der Magentumor war ein apfelgroßes polypöses Karzinom, dicht am Pylorus. Der Pylorus war gut durchgängig geblieben.

Fall 45. Fr. P., Kutschersfrau, 58 Jahre alt. Aufgenommen 12. VII. 1910.

Diagnose: Carc. ventric. (Pylori).

Anamnese: Patientin ist früher immer gesund gewesen. Im April ist Patientin gefallen. Seit dieser Zeit klagt sie über Uebelsein, Völlesein im Magen und in letzter Zeit auch über zeitweises Erbrechen. Das Erbrochene soll schwarz kaffeesatzähnlich ausgesehen haben. Stuhlgang normal, mäßig. Geringer Appetit. Abmagerung.

Status: Frau von mittlerem Ernährungszustande. Im Epigastrium fühlt man einen faustgroßen, höckrigen, verschieblichen Tumor.

Freie Cl 0,18 % Milchs. + G. Ac. 70.

Operationsbefund: Nach Freilegung des Magens zeigt sich ein harter, höckeriger Tumor am Pylorus, kleine harte Knoten am Pankreas.

Fall 46. F., Landwirt, 60 Jahre alt. Aufgenommen am 7. I. 1910.

Diagnose: Carc. ventric. (Curv. min.)

Anamnese: Patient ist früher niemals krank gewesen. Vor 14 Wochen erkrankte er mit Druck im Magen. Erbrechen trat kurz nach dem Essen auf. Das Erbrochene war unverdaute Speise mit Schleim vermischt. Später kam Ap-

petitlosigkeit und häufiges Aufstoßen hinzu. Stuhl war angehalten. Patient ist 23 Pfund abgemagert.

Status: Anämisch und kachektisch aussehender Mann. Abdomen eingesunken. Leberdämpfung überragt handbreit den Rippenbogen. Man fühlt im Epigastrium die stark vergrößerte, verdickte Leber, darunter ein nach links zu gelegener Tumor von sehr geringer respiratorischer Verschieblichkeit.

Freie HCl. — Milchs. — G. Ac. 5.

Operationsbefund: Großes, mit der vorderen und unteren Bauchwand verwachsenes Karzinom der kl. Kurvatur.

Fall 47. Fr. B., Bauunternehmersfrau, 39 Jahre alt. Aufgenommen am 30. VII. 1910.

Diagnose: Carc. ventric. (Pylori).

Anamnese: Patientin ist früher nie krank gewesen. Seit 2 Jahren ist Patientin magenleidend. Die Schmerzen waren heftig nach den Mahlzeiten. Dazu kam zeitweises Erbrechen. Bei Einhalten einer knappen und reizlosen Kost trat vorübergehend Besserung ein. Vor 14 Tagen bemerkte Patientin, daß der Stuhl pechschwarz war. Seit 8 Tagen sieht auch das Erbrochene schokoladenfarbig aus. Erbrechen ist in letzter Zeit täglich 3—4mal aufgetreten.

Status: Leidlich gut ernährte Patientin mit gesunder Gesichtsfarbe. Der Tumor deutlich sichtbar in der Mitte zwischen Proc. xiphoid. und Nabel, Derselbe ist kleinapfelgroß und wölbt die Bauchdecken stark hervor. Er ist hart und höckrig.

Operationsbefund: Man sieht im Pylorusteil einen hühnereigroßen harten Tumor. An der kl. und gr. Kurv. des Magens zahlreiche harte metastasische Drüsen.

Fall 48. J., Arbeiter, 56 Jahre alt. Aufgenommen am 1. VIII. 10.

Diagnose: Carc. ventric. (Pylori).

Anamnese: Patient bemerkte seit etwa dreiviertel Jah-

ren, daß er stark, etwa 30 Pfund abgemagert ist. Zugleich empfindet er nach jeder Mahlzeit heftige Schmerzen in der Magengegend. Appetit sehr schlecht. Stuhl angehalten. Kein Erbrechen. Patient verträgt nur leichte Speisen. Nach der Mahlzeit häufiges Aufstoßen.

Vater gestorben an Magenkrebs, Mutter gestorben an Uteruskrebs.

Status: Kleiner blasser kachektischer Mann. Abdomen in Thoraxniveau. Leber leicht verdichtet, nicht vergrößert. In der Mitte zwischen Proc. xiphoid. und Nabel ein druckempfindlicher, quer nach rechts verlaufender Tumor von höckriger Oberfläche zu fühlen.

Operationsbefund: Es zeigt sich an der Pars pylorica und an der hinteren Seite ein apfelgroßer Tumor, der mit dem Pankreas untrennbar verwachsen ist. Auch bestehen leichte Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand.

Fall 49. B., Landwirt, 63 Jahre alt. Aufgenommen am 8. VIII. 1910.

Diagnose: Carc. ventric. (Pylori).

Anamnese: Als Kind stets gesund. Beim Militär vier Wochen lang anhaltender Durchfall nach Erkältung. Späterhin stets Durchfall, wenn Patient Milch genoß. Vor sechs Jahren bekam Patient wieder Durchfall auf einen Gurkensalat mit Milch, der fünf Jahre anhielt. Vor einem Jahre kam stärkeres schmerzhaftes Brennen in der Speiseröhre und sehr bitteres und saueres Aufstoßen hinzu. Patient suchte einen Arzt auf, bekam Tropfen, das Brennen wurde noch stärker. 14 Tage vor Weihnachten ging Patient wieder zum Arzt, bekam andere Arznei, worauf sich das Leiden auf einige Wochen hinaus besserte, bald kam aber das Aufstoßen wieder. Wenn der Magen gefüllt war, mußte Patient stets erbrechen (er steckte den Finger in den Hals) um schlafen zu können. Er wurde so schwach, daß er fast drei Monate zu Bett liegen mußte. Von Ostern bis Pfingsten

bekam Ptiaent Verstopfung. Der Stuhl sah dunkelschwarz aus.

Status: Sehr abgemagert und elend aussehender Mensch. Abdomen zeigt sich stark vorgewölbt und zwar hauptsächlich nach links in einer Linie, die über den Nabel nach der Spina isch. ant. sup. dextra führt. Vom linken Rippenbogen bis zum Nabel leichte Druckempfindlichkeit.

Freie HCl —, Milchs. —, G. Ac. 29, Sanguis +.

Operationsbefund: Nach Eröffnung des Peritoneums sieht man in der Pylorusgegend einen kleinen, faustgroßen Tumor. Dicht oberhalb desselben mehrere Knötchen.

Fall 50. Th., Kutscher, 50 Jahre alt. Aufgenommen am 29. VIII. 1910.

Diagnose Carc. ventric. (Pylori).

Anamnese: Patient war stets gesund mit Ausnahme von Kinderkrankheiten. Vor fünf Jahren hatte Patient Blutbrechen aus dem Magen in zwei Tagen zweimal. Patient lag dann neun Wochen im Hause und hatte dann keine Beschwerden mehr. Vor 3 Wochen hatte Pat. wieder neue Beschwerden, bestehend in krampfähnlichen Magenzusammenziehungen. Wenn Patient dann etwas aß, hörten die Beschwerden wieder auf. Wegen seiner Beschwerden sucht Patient die Klinik auf.

Status: Groß gebauter Mann in leidlich gutem Ernährungszustande. Abdomen weich, nicht aufgetrieben. Die untere Magengrenze überschreitet den Nabel nur zwei Querfinger. In der Regio pylorica ist eine kleinfingerdicke strangförmige Resistenz von etwa 6 cm Länge zu fühlen, welche etwas schräg nach rechts hinüber in die Gegend der Harnblase verläuft. Freie HCl —, Milchs. —, G. Ac. 10. — Operation verweigert, entlassen.

Zum Schlusse erlaube ich mir, meinem verehrten Lehrer Herrn Geheimrat Bier meinen ehrerbietigsten Dank für die Annahme des von Herrn Professor Sticker vorgeschlagenen Themas, ebenso Herrn Professor Sticker für die ungemein freundliche Hilfe auszusprechen.

Literatur.

Alberts, J. E., Das Karzinom 1887.

v. Bergmann, Ursprung des Krebses, Dorpat 1876.

— Ueber Krankheiten, die dem Krebs vorangehen. Berl. klin. Woch. 1905 Nr. 30.

Cardareli, Magenkrebs 1897.

Classer, Betreffend Statistik des Alters bei Magenkarzinom 7. Dezember 1893.

Cohnheim, Zur Frühdiagnose des Magenkarzinoms, Deutsch. med. Woch. 1894 Nr. 20.

Croner W., Die Frühdiagnose des Magenkarzinoms. Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chit. 1899 Bd. V.

Czerny, L., Behandlung inoperabler Krebse, Chirurgenkongreß 1900.

Ebstein und Schwalbe, Handb. d. prakt. Med.

Einhorn, M., Die Krankheiten des Magens, Berl. 1898.

Elsner, Die Frühdiagnose des Magenkarzinoms, Berliner Klinik, Heft 235, 1908.

Ewald, C. A., Die Krankheiten des Magens, Berlin 1893.

Farner, Carcinoma ventric., Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1907 Nr. 3.

Fortes, Das Karzinom 1888.

Gussenbauer, Deutsch. Chir. Gesch. Berlin 13. 4. 1898.

v. Hansemann, Diagnose der bösartigen Geschwülste, Berlin 1902.

Israel, Die Probleme der Krebsätiologie, Langenbecks Archiv Bd. 67.

— Ueber die ersten Anfänge des Magenkrebses. Berlin. klin. Woch. 1890 Nr. 29.

Häberlein, Verbreitung und Aetiologie des Magenkrebses, Deutsch. Archiv. f. klin. Med. 1889 Nr. 44.

Lebert, Die Krankheiten des Magens, Tübing 1887.

Linder u. Kuttner, Chirurgie d. Magencc. Berl. 1898.

Lubarsch, Patholog. Anatomie und Krebsforschung, Wiesbaden 190L2.
v. Leyden, Zur Aetiologie des Karzinoms, Zeitschr. f. klin. Med. XVIII. Heft 1, 2.
Kelling, Ueber kallöse Magengeschwüre, Münch. med. Woch. 1910 Nr. 38.
Kuttner, Zur Beurteilung und Behandl. des Ulcus call. ventr. 9. Kongr. Deutsch. Gesch. f. Chir. 2. Apr. 1910.
Maydl-Jedlicka, Zur operativ. Behandl. des chron. Magengeschwürs, Prag 1904.
Mikulicz, Magenkrebs, Kong. Deutsch. Chr. 13. Apr. 1898.
v. Nothaft, Entstehung d. Karzin., Arch. f. kl. Med. Bd. 54, 1890.
Orth, Morphologie der Krebse, Berl. klin. Woch. 1905.
— Praekarzinomatöse Krankheiten u. künstliche Krebse, Zeitschr. f. Krebsforschung.
Pfeifer, Untersuch. über den Krebs, Jena 1893.
Ribbert, Ergänz. zur Geschwulstlehre, Bonn 1906.
— Zweite Ergänz. zur Geschwulstlehre, Bonn 1907.
Sklifosowsky, Ueber gutartige papillare Geschwülste der Magenschleimhaut. Virch. Arch. 153, 1898.
Payr, E., Beirt. z. Pathogenese, patholog. Anat. u. radik. operat. Therapie d. rund. Magengeschw. 39. Kongr. Deutsch. Gesch. f. Chir. 2. April 1910.
Schuchhardt, Beiträge zur Entstehung d. Karz. Leipzig 1895.
Schüller, Die Parasiten von Krebs und Sark. Jena 1901.
Sticker, An. Karzinom, Literatur 1903.
Waldeyer, Entwicklung d. Karz. Virch. Arch. Bd. 55.
Wolf, Die Lehre v. d. Krebskrankheit, Jena 1907.
Wulstein u. Wilms, Lehrbuch der Chirurgie.
Zabel, Zur Frühdiagnose der Krebse, Korr.-Blatt des allg. med. Aerztevereins Nr. 274, 1907.
Ziegler, Lehrbuch der Pathologie I, II.

Lebenslauf.

Verfasser, Nikolaus Melkumianz, christlich-armenisch-gregorianischer Religion, wurde am 15. Juni 1887 in Gerussi als Sohn des Kaufmanns Airapet und seiner Gattin Marie geboren. Seine erste Vorbildung erhielt er auf der armenischen Nationalschule zu Gerussi, später besuchte er die Ober-Realschule zu Schuscha, welche er 1906 vollständig absolvierte. Im selben Jahre wurde er zum ersten Male an der Universität Jena immatrikuliert. Im September 1907 legte er im II. Tiflisser Gymnasium eine Prüfung aus der lateinischen Sprache im Umfange eines Gymnasialkursus ab. Nach zwei Semestern verließ er Jena und bezog im Winter-Semester die Königliche Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin.

Wärend seiner Studienzeit in Jena und Berlin besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: Jena: Berger, Biswanger, Haeckel, Knorr, Lubosch, Schultze, Winkelmann; Berlin; Abelsdorf, Bier, Brugsch, Du Bois-Reymond, Engelmann, Ewald, Flügge, Fränkel, Gottschalk, Greeff, O. Hertwig, Heubner, Hildebrand, His, Holtermann, Joachimsthal, F. Klemperer, Kraus, W. Krause, Kroemer, Lesser, Levin, v. Leyden, Nikolai, Oestreich, Olshausen, Orth, Passow, Poll, Rawitz, Riehl, Rubner, Senator, Thierfelder, Waldeyer, Ziehen.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen verbindlichsten Dank aus.